

武蔵野大学学術機関リポジトリ Musashino University Academic Institutional Repository

成人期以前の困難な体験がもたらす長期的な影響に関する検討

著者	工藤 紗弓
学位名	博士（学術）
学位授与機関	武蔵野大学
学位授与年度	2017
学位授与番号	32680甲第37号
URL	http://id.nii.ac.jp/1419/00000884/

平成 29 年度 博士後期課程学位論文

成人期以前の困難な体験がもたらす長期的な影響に関する検討

武蔵野大学大学院

人間社会研究科 人間学専攻 博士後期課程

工藤 紗弓

目次

序論.....	3
第1章 単因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究	8
第1節 児童虐待.....	10
第1項 児童虐待が社会的関心を集めるまでの歴史的な経緯.....	10
第2項 児童虐待の影響.....	15
第2節 家族の不適応	22
第3節 まとめ	43
第2章 多因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究	45
第1節 成人期以前の困難な体験の多因子モデル.....	47
第1項 Adverse Childhood Experiences : ACEs(幼少期の困難な体験).....	47
第2項 Childhood Adversity : CA(幼少期の困難)	54
第3項 poly victimization (多重被害).....	57
第4項 3つの相違点と類似点.....	60
第2節 成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱った研究.....	64
第1項 身体的な健康との関連性.....	65
第2項 精神的な健康との関連性.....	70
第3節 日本における成人期以前の困難な体験と精神的健康に関する研究.....	79
第4節 まとめ	82
第3章 精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の体験率および臨床的変数との関連性に関する検討	87
第1節 目的	89
第2節 方法および対象.....	89
第3節 結果	94
第4節 考察	107
第5節 結語	111
第4章 一般群の成人期以前の困難な体験と精神健康との関連性.....	113
第1節 目的	114

第2節 方法および対象.....	115
第3節 結果.....	118
第4節 考察.....	128
第5章 総合考察.....	134
第1節 本研究における知見.....	135
第2節 本研究の意義および限界と課題	139
第3節 今後の展望	142
謝辞.....	150
引用文献一覧.....	151
添付資料	

序論

本研究は、大きく 2 つの視点を持っている。まず、1 つは、成人期以前の体験が青年期あるいは成人期の心身の健康にどのような長期的な影響を与えるかという点である。ここで扱われる「体験」とは、例えば児童虐待や犯罪被害、離婚のような人に対して困難や苦痛を与えるであろうと予想されるものである。困難や苦痛の多い環境に育った子どもが、その影響をどのように受けるのかということは、心理学上の大きな関心の一つであり、これまで数多くの研究が行われてきた。

この領域におけるここ 30 年間程度の実証的研究は主に 2 つに大別できる。1 つは、虐待の影響のような、ある 1 つの体験を取り上げて調査する単因子モデルの研究である。もう 1 つは、複数の体験を取り上げて、その影響を検討する多因子モデルの研究である。多因子モデルによる前向きデザインの調査も増え、困難な体験が人に長期的でネガティブな影響を与えることが広く知られるようになり、その成果の 1 つとして、精神疾患発症や症状の重症化との関連性などが示されてきた。本研究では、多因子モデルによって成人期以前の困難な体験を捉えた場合の、人の心身の健康に対する長期的な影響について着目する。

このような研究の多くは、成人でない時期を表現する際に“childhood”が用いられる。先行研究における体験時期は、16 歳あるいは 18 歳以前と設定されている場合が多い。ところが、本研究で主たる対象とする“childhood”の訳語として用いられる“幼少期”や“子ども期”は、日本では 18 歳以前よりも低い年齢を想定させてしまう可能性がある。そのため、本研究では“childhood”に対応する語として「成人期以前」という言葉を用いることとした。

次に 2 つ目の視点として、精神病患者のトラウマ体験の問題がある。20 世紀初頭から、クレペリンを端緒とする、古典的な精神医学の体系では、「内因性精神疾患」と「心因性精神疾患」は違うモデルとして取り扱われてきた⁽¹⁾。いわゆる内因性精神疾患の代表である統

合失調症や躁うつ病と、体験の影響としての精神障害、すなわち神経症は区別されて考えられてきた。内因性精神疾患については、遺伝的危険因子の探求などが行われる前から発症に対する遺伝的な影響の大きさが知られており、環境因など他の因子が考慮されにくかったと言える。もちろんフロイトのパラノイアに対する考察やベイトソンの「ダブルバインド」コミュニケーションの例のように心理的原因を検討する学説は常に存在し、一時的に有力になることもあったが、医学の研究領域では障害の発生に関して、精神病の場合は生物学要因のみに関心が向かいがちであったと言える。このため、これら疾患と心因の関連性には、実証的なレベルではほとんど関心が向けられなかった。

しかし、近年、たとえば統合失調症とトラウマ体験の関連についての研究も行われている。児童虐待のようなトラウマ体験の多さが繰り返し報告され、それが精神病様症状のリスク因子であるというエビデンスが蓄積されている。また、神経生物学の発展によって、遺伝的な影響の有無に関わらず、トラウマ体験後に脳機能に変容することも重ねて報告されている。Post traumatic stress disorder(PTSD)に関する遺伝的な脆弱性があることも知られるようになった。別の表現をすれば「生物・心理・社会的な因子によって、PTSD も統合失調症も発現する」とも言えるし、ストレス脆弱性モデルが両方に適用できると言うこともできる。岡野^②の「トラウマ反応は内因性の精神疾患としての色彩も備えている」という考え方も、同様の基盤の上にあると考えられよう。心因性精神疾患と内因性精神疾患は截然とわかれるのではなく、本研究ではこの関連性について取り扱う。翻って考えてみれば、困難な体験が人の精神状態に深く影響する一方、強い遺伝的な影響の下にあるということは、日常の中で広く人が思っていることでもある。

そこで、本研究では主に精神疾患に着目した上で、以下の2つを目的とする。第一の目的は、成人期以前の困難な体験の影響の研究を概観することである。実証的な先行研究を用いて文献展望を行った。第二の目的は、日本における成人期以前の困難な体験の体験率およびその関連性についての検討である。精神科入院群および一般群に対して成人期以前の困難

な体験に関する調査を実施し、精神健康との関連性について検討した。

本研究の構成について詳しく述べる。本研究は 5 つの章で構成されている。第 1 章・第 2 章では、成人期以前の困難な体験の影響を概観するという第一の目的のもと文献展望を行った。そして、第 3 章・第 4 章では、日本における成人期以前の困難な体験の体験率およびその関連性について検討するという第二の目的に従って調査研究を実施した。第 1 章から第 4 章までの知見をまとめた総合考察が第 5 章にあたる。

1990 年代後半以降、この領域で Adversity Childhood Experiences (ACEs) 研究をはじめとする多因子モデルによる大型研究が実施されているが、多因子モデルの研究が登場した背景には、これまで集積されてきた単因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する知見が基盤となっている。単因子モデルによる先行研究の歴史は長く、膨大な数に上る。そこで、第 1 章では、成人期以前の困難な体験を単因子モデルで扱った研究のうち、ACEs 研究で扱っている因子に限定して、人にどのような影響を与えるのか、人の健康にどのような関連性があると知られているのか、主に海外の先行研究を用いて文献展望を行い、その知見をまとめた。ACEs 研究で扱っている因子に限定した理由は、本研究が ACEs 研究を参考に成り立っているからである。なお、これら因子は、第 3 章および第 4 章の調査研究で成人期以前の困難な体験を構成している因子でもある。

第 2 章では、多因子モデルによる成人期以前の困難な体験と人の心身の健康との関連について、文献展望によってこれまでの知見をまとめた。最初に、多因子モデルを用いた代表的な研究である ACEs および Childhood Adversity (CA) について、さらに類似概念である poly victimization についてまとめた。これら 3 つの研究の成り立ちや概念成立の背景を概観することで、成人期以前の困難な体験を多因子モデルとして扱うことの意義を明らかにした。そのため、詳細な研究結果については次項で触れた。

続いて、成人期以前の困難な体験と人の心身の健康との関連性について、身体的健康および精神的健康の 2 つの観点から概観した。まずは、主に一般住民を対象に実施された研究

で、成人期以前の困難な体験と身体的疾患および健康にリスクある行動について、どのような関連性が示されてきたのか整理した。次に、精神的健康との関連性についても同様に、先行研究の知見をまとめた。本研究は特に精神疾患患者の成人期以前の困難な体験に着目している。そのため、精神的な健康に関する概観をする上で、特に精神疾患患者を対象とした研究を中心に概観した。さらに、日本国内における多因子モデルによる成人期以前の困難な体験の研究についても整理した。

米国を始めとする西欧、中東、アジアの一部の国々でも、成人期以前の困難な体験が人の健康に幅広く影響することが研究によって示されている。精神的健康との関連性に注目した研究では、精神疾患患者は一般住民と比べて、成人期以前の困難な体験の体験率が高いことが知られている。さらに、成人期以前の困難な体験は、発症年齢や入院年齢、症状の重症度などの臨床的変数とも関連しているという。しかし、国内での研究は非常に少ない。研究対象者を精神疾患患者に限定した場合、筆者が調べた限りでは、日本では実施すらされていない。

そこで、第3章では、精神科に入院している精神疾患患者(精神科入院群)を対象に、成人期以前の困難な体験に関する調査を実施した。まずは、成人期以前の困難な体験の体験率を明らかにすることを主目的とした。その際、成人期以前の困難な体験は、ACEs 研究で用いられている因子を参考に構成した。加えて、成人期以前の困難な体験と発症年齢などの臨床的変数との関連性を検討した。

第4章では、精神科入院群を対象とした調査結果の妥当性を検討するため、調査時点で精神科に入院していない成人(一般群)を対象に調査研究を実施した。第3章の研究対象と同様の方法、調査票を用いて成人期以前の困難な体験の体験率を明らかにし、精神科入院群と一般群の体験率を比較することを目的とした。さらに、副次的な目的として、精神科および心療内科受診歴を精神的健康の指標と設定し、成人期以前の困難な体験との関連性を検討した。なお、第3章および第4章の結果を比較する際などの呼称として、第3章の研究対

象者を精神科入院群、第 4 章の研究対象者を一般群と表記している場合がある。最後に第 5 章で、第 1 章から第 4 章までに得られた知見を総合考察としてまとめた。

第 1 章 単因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究

多因子モデルによる成人期以前の困難な体験の長期的な影響に関する大規模研究が盛んに実施されるようになったのは 1990 年代後半である。98 年に発表された Adversity Childhood Experiences(ACEs)研究は、その代表例の 1 つだろう。このような多因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究が実施されるには、成人期以前の困難な体験を単因子モデルとして扱った研究によって得られた知見の積み重ねが基盤となっている。

成人期以前の困難な体験が、大人になってからの人生に大きな影響を与えることは、科学で実証されなくとも、遠い昔から人間が常に認識してきたことである。しかし、どのような体験を取り上げるかについては、社会的な視点の変化が必要であった。子どもを対象とした研究が行われるようになってからも、体験それ自体が、発見されていなかった時代もある。例えば、子どもの被虐待体験が科学的に「発見」され認識されたのは 20 世紀になってからであり、それほど遠い昔のことではない。科学的な研究を行うためには、まずは発見し、概念化することが必要であり、多くの因子がその後検証されることになる。後述するが、例えば虐待や、親との別離などの研究は 20 世紀半ばから現れる。本章では、単因子モデルの研究では、今までどのような人の心身の健康にかかわる知見が示されてきたのかを概観する。

数多くの単因子モデルの研究が行われているが、本章では、第 2 章で扱う ACEs 研究における成人期以前の困難な体験を構成する因子の分類を参考にした。これら因子は、第 3 章の精神科入院群を対象とした調査および第 4 章の一般群を対象とした調査で、成人期以前の困難な体験を構成する因子でもある。ACEs 研究では、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、親との離別、家庭内暴力(DV)、家族の精神疾患、家族の物質依存、家族の服役の 8 つの因子が成人期以前の困難な体験を構成している。その 8 つの因子は、児童虐待(身体的虐待、心理的虐待、性的虐待)、家族の不適応(親との離別、家庭内暴力(DV)、家族の精神疾患、家族の物質依存、家族の服役)に大別されている。後に、児童虐待のカテゴリに、心理的ネ

グレクトと身体的ネグレクトが追加された。

児童虐待および家族の不適応は、ほとんどの多因子モデル研究における共通因子である。特に児童虐待については、多くの研究で繰り返し、その影響の大きさが論じられてきた。これらを踏まえ、本章では、まず児童虐待について取り上げる。続いて、家族の不適応として親との離別、家庭内暴力(DV)、家族の精神疾患、家族の物質依存、家族の服役の 5 つについて知見をまとめる。

第 1 節 児童虐待

ACEs 研究はもちろんだが、成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱い、その影響に関する検討をした研究において、児童虐待は必ず取り扱われていると言ってよい因子である。多因子モデルの研究では身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトのうち、全てを含んでいなくとも、このうち何か 1 つは、その研究上の成人期以前の困難な体験を構成する因子であることが多い。本節では、まず、児童虐待について子どもに関わる専門家のみならず、一般的にも広く関心をもたれるようになった経緯を振り返る。次に、虐待体験にどのような影響があるとされてきたのか、特に長期的な影響に着目して、これまでの研究の知見を概観する。

第 1 項 児童虐待が社会的関心を集めるまでの歴史的な経緯

現在、社会の児童虐待に対する関心は非常に高い。児童虐待を防止する法律が定められ、児童虐待を受けたと思われる児童に気づいた場合、市町村、都道府県の設置する福祉事務所あるいは児童相談所に通告する義務が全ての国民にあることを広く知らせようとする動きに加え、子育てに悩む親に向けて専門家への相談を促すような動きも活発である。

社会全体の傾向としても、児童虐待を受けて児が死亡した事件が起きると大々的に報道され、各種関係機関の責任問題、児童虐待をどう防ぐか、なぜ起きたのかなどが議論される。こうした風潮は、そもそも児童虐待が「悪い」ものであり、社会的に重要な問題だという意識が広く共有されているからだと言える。しかし、一部の専門家の中で児童虐待が存在していることは知られているが、社会的に重要な問題として大きな関心を集めるには至っていない時代もあった。まずは、児童虐待が現在のように広く認知されるようになった経緯を振り返りたい。

西欧諸国では、児童虐待を受けた子どもに対する支援に発展がみられたのは 1800 年代後半である。早くから児童虐待の支援に力を入れてきたアメリカに注目した場合、その契機となったのは 1874 年に起きた、通称メアリー・エレン事件と呼ばれる出来事である。これは、養父母からの虐待を受けていたメアリー・エレンが、近隣住民の働きかけが発端となって、その虐待行為が明るみとなり保護されるに至った事例である。当時は、現在と異なり、児童虐待に関する法律が整備されておらず、子どもを保護するための家庭への介入が法律で定められていなかった。この事例では、メアリー・エレンの保護のために動物虐待防止法協会を巻き込み、人間を動物の一員として位置付けた場合、少なくとも動物に与えられる保護を受ける資格はあるという主張をしていくしかなかった。

実父母でなく、育児困難で保護された子どもを引き取った養父母による虐待行為が起きること自体が世間には衝撃を与えたと言われているし、証言台に立ったメアリー・エレンの痛々しい姿も世間の注目を集めた要因であろう。この事例が、児童虐待に対する社会的な関心を集めることとなり、虐待防止法の成立へとつながった。さらには、世界で始めて児童を保護する目的で立ち上げられたニューヨーク虐待防止協会も創立された。しかし、こうした法律や団体は作られたものの、専門家も含め世間の児童虐待に対する印象は、とても稀な出来事として捉えられていたようだし、関心のあった専門家もいたが、ごく一部に限られていたようだ。

児童虐待がとりわけ特別なことではなく、深刻な社会問題であると専門家のみならず社会全体に印象付けるには、メアリー・エレン事件からおおよそ 100 年の時間を要した。1962 年、小児科医であった Kempe によって、battered child syndrome(被虐待児症候群)に関する論文^③が発表されてからだと言われている。これには、医学の進歩による X 線技術の発展が大きく関わっていた。battered child syndrome は、重篤な身体的虐待を受けた子どもの臨床状態(骨折、硬膜下出血、栄養不良、突然死など)を示す用語である。battered child syndrome になる子どもの特徴としては、3 歳以下に多いことや子どもを親から離すと新し

い外傷が発生しないこと、骨折が多発していることなども観察された。

Kempe⁽³⁾は、いくつかの事例を実際の X 線画像を紹介しながら、この症候群は虐待あるいはネグレクトの証拠であるとし、親の説明と臨床状態は食い違うことが多いと述べた。Kempe は、この症候群がこれまで医師やソーシャルワーカーなどの多くの専門家によって認識されないままであったことを強く訴え、子どもの死につながる可能性のある外傷として専門家がもっと関心を持つよう働きかけている。Kempe 以前にも、Caffey⁽⁴⁾や Woolley⁽⁵⁾によって、外傷の手当てで受診した児童の中に故意にできたと思われる外傷がみられたことは報告されていた。しかし、このような「故意に危害を加えられた可能性がある外傷」を「虐待の証拠」として明確に位置づけ、子どもに関わる重要な問題であると社会に強く訴えかける働きかけが、Kempe の研究が注目された理由のひとつだと考えられる。

さらに、Kempe は 71 の病院において、この症候群が 1 年間に 302 事例認められ、そのうち 33 名が死亡、85 名が重い脳損傷を負ったこと、地方検事によって報告された 447 事例のうち、45 名が死亡し、29 名が重い脳損傷を負ったことを報告した。論文が出された翌年に実施されたアメリカ人権保護協会による調査でも、年間 662 名の重症例があったことが報告されている。このような頻度の高さを示したことも、社会的関心を集めるには重要だった。battered child syndrome が子どもの永久的な障害や死につながる問題であり、決してめずらしい事例ではないことをくり返し述べている。

また、battered child syndrome が子どもの死につながる重要な問題であるという位置づけを強調するとともに、虐待が発生する要因についても論じている。それまでは児童虐待が起きる背景として親の精神疾患や貧困が要因として考えられ、“ある限られた家庭にしか起きない”という社会的認識があった。もちろん親の精神疾患や貧困は、現代でも児童虐待のリスク因子として知られているが、当時は、親が精神疾患にかかっていない、あるいは経済的に豊かな家庭では、児童虐待は発生しないという認識が強かった。

Kempe⁽⁶⁾ は、児童虐待を受けた子ども 400 名の親について、その人口統計学的な特徴を

分析し、あらゆる年齢、人種、宗教がみられたことを報告している。実際には、どの社会階層の家庭であっても児童虐待は発生するのだと理解を得るために、**battered child syndrome** がいかに一般的なものであるかを主張し、必ずしも精神疾患を患っている親や反社会的なパーソナリティの特徴がある親、貧困家庭の親が子どもに虐待行為をするわけではないと明記した。

battered child syndrome は1つの症候群である。その臨床状態は、子どもに死をもたらす可能性があるために治療が必要であって、病因は身体的虐待であるから児童虐待を予防すべきという考えは、医学モデル的でとても分かりやすい。しかし、虐待防止活動が広がっていくにつれ、深刻な身体的虐待に関わる臨床状態を示す **battered child syndrome** という用語では意味が狭すぎるという問題が浮上した。そこで、より広義の児童虐待を呼称する用語として **child abuse & neglect** が用いられるようになった。ニューヨークの虐待報告をまとめた Fontana⁽⁷⁾によれば、報告される児童虐待発生数が1968年は956名であったのに対し、1970年には3000名と急増している。児童虐待が飛躍的に増えたというよりも、それまで暗数に含まれていた児童虐待が、児童虐待として認識されるようになったことを示していると考えの方が自然であるし、それだけ専門家の間に童虐待に対する意識が高まったとともに、社会的関心が寄せられている証拠であろう。

日本でも児童虐待という言葉が広く知られるようになったのは1970年代である。1933年に虐待防止法が施行されていたが、人身売買の防止という意味合いが強く、児童虐待という事象自体の社会的な浸透には至っていなかった。きっかけとなったのは、立て続けに起きたいわゆる嬰兒殺人である。

小児医学の領域では、1970年代に被虐待児症候群に関する論文が登場している。例えば、日本で早くから児童虐待に注目し、子どもに関わる重大な問題であると主張していた池田⁽⁸⁾は、Kempeらが編集した『**The battered child**』という書籍をもとに、被虐待児症候群の定義や虐待発生数、虐待発生要因についてまとめている。また、自験例によって得られた被虐

待児の特徴についても述べ、児童虐待は海外だけでなく日本でも起きている問題と主張した。当時は、高度経済成長に伴う近代化・都市化によって、従来までの多世代で構成される家族から核家族化が進んだ時代である。そのため、子育て中の母親が孤立しやすい環境や貧困も虐待が発生する要因として考えられていた。池田も児童虐待が起こりやすい背景として核家族化を挙げているし、離婚などによる片親家庭の急増による養育機能の低下などを挙げた。

また、橋本⁽⁹⁾も、いくつかの海外の先行研究による知見をまとめて、例えば児童虐待を受けている子どもに擦過傷や皮下出血などの皮膚症状が見られることや、Caffey の研究を引用して X 線画像に解説を加え、臨床症状を詳細に述べている。児童虐待によって生じた外傷であっても、親が児童虐待を自ら申告することはまず無いことであり、子どもの治療にあたる医師が被虐待児症候群の知識を持っていることが重要であると主張した。しかし、一般の人々にも専門家の間にも、この問題の実態が十分に知らされていないと池田⁽¹⁰⁾が振り返っているように、児童相談所による事例集の内容を分析した保坂⁽¹¹⁾も、当時、現在では児童虐待と捉えられる事例が掲載されているものの「虐待」という明確な認識が認められないと述べている。保坂によれば、児童虐待が社会に本格的に登場したのは1990年代以降であり、児相虐待をめぐる文献は飛躍的な拡大を見せたという。

こうして、はるか昔から存在していた児童虐待は、**battered child syndrome** を契機として一般的にも「児童虐待」という社会的に重要な問題として認識されるようになった。その認識は、もはや多くの国で共通のものであろう。児童虐待が大きな社会的関心を集めたのは、労働力とみなすそれまでの児童観など、児童が搾取されることに寛容だった社会が、子どもを一人の人としてとらえ、その権利を尊重するようになるという変化が基盤にある。

児童虐待に対する認識の変化に伴い、多く専門家によって、どうして虐待行為に至るのか、虐待発生の変因についても議論されてきた。被虐待児が親との分離という保護がなされなかった場合、25・50%が1年以内に重度の損傷か死亡に至るという再被害率の高さを示した

Helfer⁽¹²⁾は、児童虐待発生の関連因子として次の 3 つの因子を挙げた。まず、親自身の子ども時代の養育環境の悪さや、子育てに関する相談先がないなどの親の孤立のような親側の因子を挙げている。親自身の子ども時代の養育環境の悪さについては、Kempe⁽³⁾も虐待する親に被虐待の経験があることを指摘していたし、Fontana⁽⁷⁾も被虐待児が成長し、親になった時に自分の子どもに対して虐待する可能性があるとして述べている。これは、いわゆる虐待の世代間連鎖に関して言及している。しかし、親側の因子だけで虐待が発生するわけではなく、多動や夜尿、発達の遅れなどの子が持つ因子も虐待につながるものであり、加えて、貧困のような環境因も虐待発生に寄与しているとした。

虐待発生要因に関する数多ある研究の知見を統合した場合、ある 1 つの因子だけで児童虐待の発生のシステムを記述することは大変難しいことが見えてくる。虐待する側の親の特徴ひとつとっても、離婚や不安定な婚姻状況、犯罪行為、若年妊娠、望まない妊娠、失業、経済状況の悪化、社会的孤立、被虐待体験、物質依存、犯罪などの因子が、1960 年代から報告されていたし^(3, 13, 14)、その後も同様の知見が引き続き積み重ねられている⁽¹⁵⁻¹⁷⁾。これら知見を因子として位置付けるのは、例えば若年妊娠した親が必ずしも虐待するとは言い切れないからである。とは言え、実証研究の知見からすれば児童虐待のリスクは高まる。児童虐待は、発生に至る経緯、発生後の経過や子どもに対する影響も含めて、単純な構造ではないことが分かる。

第 2 項 児童虐待の影響

第 1 項では、児童虐待が社会的に重要な問題として認識される経緯を振り返った。児童虐待を人が「問題行為」として捉えるには多くの時間を要していた。さらに、虐待発生要因に関する議論を概観すると、ある 1 つの因子で発生するとは言い切れない複雑さを持った問題であることが示された。では、児童虐待は人にどのような影響を与えるのか。児童虐待

を受けた結果、人はどうなるかに関する研究は数え切れないほどにある。本項では、特に長期的な影響に着目した上で、こうした先行研究の知見を概観する。

例えば、杉山⁽¹⁸⁾は、あいち小児センターを受診した虐待事例 1,110 名について何らかの発達障害の診断が可能な子どもが半数以上に達することを報告している。また、併存症として反応性アタッチメント障害(40.8%)、解離性障害(47.1%)、PTSD(32.3%)、行為障害(25.3%)がみられたという。被虐待児にこのような精神疾患がみられることは、児童虐待の影響としてよく知られている。もう一方で、Friedrich ら⁽¹⁹⁾のレビューによれば、子どもの精神疾患が、児童虐待の発生に関連しているとも言われている。精神疾患の診断は児童虐待の影響を表した 1 つの形だが、これら疾患の症状を想像すると、生活全般に対する影響の大きさは想像に難くない。

精神疾患のみならず、児童虐待の影響が広範囲にわたることもよく知られている。ノルウェーで実施された Reigstad ら⁽²⁰⁾の研究は、それをよく表している。これは、国のデータベースをもとに、平均年齢 12.8 歳(SD=4.5)の約 10,400 名を対象に、2000 年から 1 年間に収集された ICD-10 に基づく診断と児童虐待に関する情報を収集し、分析したものである。国のデータベースとは、ノルウェーにおける専門医への紹介情報および診療記録である。これによれば、児童虐待の経験がある場合、経験のない者と比較するとパーソナリティ／行動障害のリスクが 7.40 倍(95%CI=2.16-25.39)、神経症／ストレス障害のリスクが 2.09 倍(95%CI=1.47-2.98)高まると報告された。

さらに、児童虐待歴のある青年期の患者 129 名については、以下のような傾向が明らかになった。まず、身体的虐待は喫煙(OR=2.92 95%CI=1.31-6.51)、アルコール依存(OR=5.38 95%CI=2.33-12.39)、大麻使用(OR=5.12 95%CI=2.23-11.76)、不登校(OR=3.76 95%CI=1.20-11.79)、自傷行為(OR=2.46 95%CI=1.11-5.45)、自殺企図(OR=3.30 95%CI=1.36-8.02)、頭痛(OR=2.64 95%CI=1.20-5.82)、腹痛(OR=2.30 95%CI=1.02-5.17)の傾向を高め

る。また、性的虐待に関しては喫煙(OR=4.68 95%CI=1.90-11.58)、アルコール依存(OR=2.40 95%CI=1.07-5.45)、大麻使用(OR=2.57 95%CI=1.13-5.83)、不登校(OR=3.67 95%CI=1.02-13.20)、腹痛(OR=2.37 95%CI=1.03-5.48)、腕や足の痛み(OR=2.44 95%CI=1.20-5.84)の傾向が強まり、さらに、ネグレクトは自傷行為(OR=2.68 95%CI=1.11-6.39)、頭痛(OR=3.07 95%CI=1.28-7.34)、腹痛(OR=5.72 95%CI=2.29-14.27)、背中での痛み(OR=2.49 95%CI=1.04-6.01)、腕や足の痛み(OR=2.76 95%CI=1.10-6.93)の傾向を高めることが示唆された。

経済状態、喫煙やアルコール依存のような身体にリスクある行動、自殺に関わる考えや行動、学業上の不適応に対して児童虐待がそれらのリスクを高める。注目すべきは、身体の痛みについても、リスクを高める点である。アメリカの National Comorbidity Survey のデータ 1,727 名の調査でも、虐待経験のない人と比べて慢性の痛みを抱えやすいことが見出された⁽²¹⁾。このように、児童虐待が広範囲にわたるネガティブな人の心身の健康状態に関連することが重ねて示されてきた。

このような結果には、児童虐待が人生早期に起きるという特徴が大きく関与しているように思われる。池田⁽²²⁾は、児童虐待を親にもっとも依存し、人間と世界に対する基本的信頼感を育てるべき時期に、恐怖と不信を与える体験と表現した。児童虐待は被虐待児に対して、他人への基本的不信、急性不安状態を伴う外傷的反応、衝動統制の障害、知的および認知的欠陥、自己概念の発達障害、被虐待的および自己破壊的行動、親の像との分離困難、学校での不適応や学業不振の傾向をもたらすと述べている。

池田⁽²²⁾は、自験例による知見として、早期の体験の影響から学校や職場でも不適応が続き、社会や人間に対する不信感や恨みを持ち続けてきた被虐待児は社会の中で孤立しやすいと児童虐待の長期的な影響の可能性について指摘している。加えて、虐待された男児の中には攻撃する親に同一化し、衝動的、多動、乱暴な成人になる場合があるとして、被虐待児はやがて虐待する親になる可能性の高さを踏まえ、適切な治療がなければ、何世代もつづく悪循環が始まるとした。この世代間連鎖については、児童虐待を受けた個人だけにとどまら

ない長期的な影響が示唆されている。

児童虐待の長期的な影響とも捉えられる状態と治療の必要性については、同時期の海外の事例研究によっても指摘されている。例えば Burch ⁽²³⁾は、身体的虐待を受けた 13 歳男児の事例を報告した。この事例では、児童虐待の記憶に基づいた物語を作り、人形劇という手法を用いて、記憶と感情を結びつける介入がされている。Burch は、継続的な児童虐待の「心理的後遺症」として、怒りや自信のなさが児の発達に影響しているとした。加えて、児童虐待は子どもに長期的な「心理的後遺症」をもたらすものであり、その治療の必要性を指摘した。

他にも、性的虐待を受けた 4 歳と 6 歳の女児 2 事例を報告した Hewitt ⁽²⁴⁾によれば、2 年間以上続いた児童虐待の結果として、急に怒り出したり、落ち着きがないなどの行動上の問題や睡眠障害がみられたという。小さい子どもが虐待体験を言語化することが困難であるために、長期的な影響に関する科学的な実証が進んでいない当時の現状を指摘しながらも、内的作業モデルの概念に基づけば、早期の虐待体験が子どもに長期的な影響を与える可能性を考慮する必要があると明確に言及している。

児童虐待に対する注目が集まった初期から、事例報告においては児童虐待の長期的でネガティブな影響が懸念され、治療の必要性が言われてきた。少し古い調査だが、McCord ⁽²⁵⁾は 232 名の男性を対象に児童虐待の長期的な影響を検討した。1939 年から 1945 年に非行防止プロジェクトとして、小学校教員の児童記録で同級生に対するいじめ行為が報告されていた男児に対する家庭訪問が行われており、その男児に対して約 35 年後の 1975 年から 4 年間の研究期間中に、その後の情報を集めて分析した研究である。

裁判記録から犯罪行為の記録を収集し、さらに精神科病院と診療所から精神疾患について、その他にも死亡記録や職業に関する記録を収集した。さらに、該当男性にアンケート用紙を郵送、訪問による面接を実施し、幼少期の親の態度をネグレクト(49 名)、虐待(48 名)、拒否的(34 名)、愛情的(101 名)の 4 つに分類した。結果、虐待およびネグレクトを受けてい

た 97 名の男性のうち、おおよそ半数が何らかの精神疾患あるいはアルコール依存症を発症しているか、重大犯罪によって有罪判決を受けているか、35 歳になるまでに死亡していたことが分かった。こうした事象は幼少期に少なくとも片親に愛情的な態度があった子どもよりも高い確率で発生していた。児童虐待が幼少期、青年期のみならず、成人期においてもネガティブな影響をもたらす可能性が示されている。

また、19-20 歳の男女 421 名を 30 歳までの 10 年間追跡した調査では、性的虐待を受けていない群と比較して、大うつ病および不安障害、自殺企図の多さが明らかにされている⁽²⁶⁾。ここでは、女性の 11.2%、男性の 3.0%に性的虐待の経験があったと報告されていた。同様の結果は、例えば 1,019 名を対象としたニュージーランドの出生コホート調査のような代表サンプルを扱った調査でも、精神症状や自殺企図のリスクの高さが報告されている⁽²⁷⁾。児童虐待を受けた場合、その後に、精神疾患のような臨床レベルの精神科的症状を呈しやすく、自殺に関わる考えや行動が見られやすい傾向が明らかにされた。

それ以外にも、ランダムサンプリングされた 793 名(平均年齢 22.1 歳)に対して虐待体験をインタビューと公式記録から査定し、主に心理的虐待とパーソナリティ障害に着目して、児童虐待との関連性を検討した研究がある⁽²⁸⁾。パーソナリティ障害は、その人の文化から期待されるものから著しく偏り、広範でかつ柔軟性に欠け、苦痛または障害を引き起こす内的体験および行動の持続的様式と言われている。虐待を受けていない群と比較した場合、成人期の境界性パーソナリティ障害(OR=4.50 95%CI=1.66-12.20)、自己愛性パーソナリティ障害(OR=3.60 95%CI=1.62-8.02)、強迫性パーソナリティ障害(OR=14.26 95%CI=2.35-86.70)、妄想性パーソナリティ障害(OR=3.26 95%CI=1.34-7.93)のリスクが高いことが示された。オッズ比は、年齢、性別、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、親の教育歴、親の精神疾患、併存疾患を調整したものである。このような研究からは、成人期の思考や感情、対人行動にまでわたる不適応が、人生早期の児童虐待に起因する可能性が示されている。これは、児童虐待から時間が経過していても、その影響が広範囲にわたる可能性を示していると

も捉えられる。

北アメリカの公立学校システムに登録している幼稚園にいた 777 名を 17 年追跡し、357 名が調査を完遂した研究では⁽²⁹⁾、精神疾患や自殺に関わる考えや行動以外にも、児童虐待の長期的な影響を幅広く検討することを試みた。研究方法を詳しく述べると、15 歳時点では Youth Self-Report(YSR)によって不安や抑うつ、社会的問題、攻撃的な行動などを、Children's Depression Inventory (CDI)によって抑うつ症状を、Piers-Harris Self-Concept Scale で不安を、YSR と CDI によって自殺念慮を査定した。続いて、21 歳時点では、NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III-R)によって DSM-III-R の基準を満たす精神疾患、過去 1 か月以内の自殺念慮、これまでの自殺企図、Young Adult Self-Report (YASR)によって非行や攻撃性、不安、抑うつ、身体的不満を査定し、他にも現在の人生に対する満足度、The Global Assessment of Functioning(GAF)が測定された。

375 名中、11%に何らかの児童虐待経験があり、女性は幼少期あるいは青年期の虐待経験が、男性と比べてほぼ 3 倍みられた。児童虐待を受けていない群と比較した場合、虐待を受けていた群は PTSD、大うつ病、物質依存であることが多く、自殺念慮が見られやすい。児童虐待を受けた子どもたちが青年期において、臨床レベルの精神疾患および自殺念慮がみられ、その後の人生における自殺企図に対する相当のリスクが示された。加えて、不安の高さや不注意、反社会性の傾向や攻撃的行動が表れやすいという結果も得られた。奥山⁽³⁰⁾は児童虐待を受けている子どもについて、自分の家庭を異常だと認識しておらず、その日常に適応することが求められるため、生き残りをかけた行動として親に加えられた危害を否認して症状を示さないことが多いと述べている。そして、虐待が日常ではなくなった時に、トラウマ症状として出現するという。児童虐待の長期的な影響としての精神疾患は、症状として出現するまでに時間を要した遅延性発症としてみることも可能であろう。

Silverman ら⁽²⁹⁾の調査では、先に述べた通り、全般的な機能の指標として GAF 得点もデータとして収集されていた。虐待を受けていない群と比較して有意に GAF 得点が低いこと

が明らかにされており、15歳時点でも、21歳時点でも全般的な機能の低さが示された。こうした結果も踏まえ、児童虐待が永続的で長期的な心理社会的損傷につながっていると述べた。ここで指摘されている損傷は、心理社会的損傷という言葉が意味する通り、精神科的な症状のみならず、初期の事例研究でも指摘されていたような広範囲にわたる児童虐待の人に対する影響が想定される。

Goodwin ら⁽³¹⁾は、児童虐待によって呼吸器疾患や関節疾患、心疾患のリスクが高まると報告しており、身体的疾病のリスクを高めることも示されている。近年では、生理学的な研究が進められ、児童虐待がどのようにして人の心身の健康にネガティブな影響を及ぼしているのかという構造が、さらに明確になっているようにも見える。例えば、Teicher ら⁽³²⁾は対照群と比べて被虐待児の脳梁の体積が低下していることを明らかにした。

特に、近年では被虐待児の脳画像所見に関する研究が盛んである。友田⁽³³⁾によれば、性的虐待を受けた人の視覚野の容積が減少すること、特に左の視覚野において影響が際立っているという。左の視覚野は細部をとらえる働きをしていることから、詳細な画像を見ないで済むように無意識下の適応が行われたのかもしれないと友田は述べている。さらに、言葉による虐待を受けた人は、言語、コミュニケーションに重要な役割を果たす聴覚野の体積が増加していたという。これは、人の話を聞き取ったり会話する際に余計な負荷がかかることを示しており、言葉の暴力は身体には傷をつけないが、脳に傷をつけることを看過してはならないと結んでいる。

このほか、被虐待児の脳画像研究については様々な報告がされている。田村⁽³⁴⁾は、これまでの脳画像研究をまとめて左右の大腦半球を連絡する主要交通繊維である脳梁、記憶機能に関わる海馬、海馬と密なネットワークを構成する情動や認知に関わる扁桃体、社会性やコミュニケーションとの関連が指摘されている上側頭回の体積減少がみられることを報告している。Silverman ら⁽²⁹⁾の指摘した心理社会的損傷は、こうした生理学的研究の知見も含めると、心理社会生理的損傷と呼べるようになったのかもしれない。

近年でも研究は重ねられ、例えば、2,947 名(平均年齢 41.2 歳 SD=13.1)を対象にした調査⁽³⁵⁾では、16 歳以前の児童虐待を調査し、複数のタイプの虐待を受けているほどに虐待が重度であると評価した上で、それによって分けられた群間の心理的苦痛(抑うつ、不安症状)について報告している。この調査では、6 年で計 5 回のアセスメントを実施し、虐待の重症度による心理的苦痛の変化率に差がみられなかったことが示され、重度の虐待であるほどに心理的苦痛が高いことが明らかにされた。つまり、虐待が重ければ重いほど、心理的苦痛のレベルも高いままに推移することが明らかにされた。

以上のように、児童虐待を受けた子どもの初期の事例研究から注目されてきた長期的な影響は、より洗練された方法論を用いた大型サンプルの研究でも示唆されてきた。さらに、生物学的な側面からも、児童虐待が人に与える影響に関する知見が積み重ねられている。このような関連性の多くは、そのシステムについて明らかにはされていない。しかし、児童虐待という因子が人に対してネガティブな影響を与え、それが長期的かつ広範囲にわたってみられることは明らかである。

第 2 節 家族の不適応

第 1 節では、児童虐待を成人期以前の困難な体験の中核因子と捉え、社会的に大きな関心を集めるに至った経緯を整理し、児童虐待の影響について概観した。それによって、児童虐待の人に対する長期的で多岐にわたる影響が存在することが示された。成人期以前の困難な体験を複数扱った多因子モデルでの調査では、先に挙げた児童虐待と他の体験の組合せによって評価されることが多い。

ACEs では、親の離婚・別居、家族・親の精神疾患、家族・親の物質依存、家族・親の服役、母親に対する暴力が「household dysfunction(家族の不適応)」の下位項目として位置付

けられている。本節では、ACEs の因子に沿って、「家族の不適応」として親との離別、家庭内暴力(DV)、家族・親の精神疾患、家族・親の物質依存、家族・親の服役の 5 つの因子を取り上げ、その長期的な影響を整理する。

人を学習する存在として捉えると、最初に触れる学習対象は養育者と考えることができ、その多くは家族が子どもの多くの特性形成に基本的な影響を与える因子の 1 つである。例えば、家族に注目した場合、育児の仕方が子どもの性格形成に重要な影響を与えることが強調され、実証研究が行われるようになったのは 1940 年頃とされている。理想の養育態度とは何か、どのような問題が子どもに見られるか、親の養育態度の分類が盛んに論じられた時代にあたる^(36, 37)。現在では否定されている観点であるが、初期の研究の多くの“親”は母親を意味することが多く、子どもの不適応の原因は母親にあるという見方が主流だった。

1950 年後半には、家族をひとつの心理的体系として捉え、個人、家族、社会の連続体から病理を説明する家族システム論が登場した。Ackerman は、家族機能の障害によって家族の一部である個人が問題を表すという考え方に立ち、個人に起きている問題を捉えようとした。その際、問題が発現する引き金に家族内に起こる問題として、別居や経済状況、親との離別や親の精神疾患も考慮した。このような親との離別や家族成員の精神疾患、犯罪行為などは、多因子モデルにおける成人期以前の困難な体験を構成する因子に含まれるものである。当然、子どもの不適応を家庭の問題だけに帰結させることはできないが、一要因としての位置付けに疑問の余地はない。

もちろん児童虐待も家族の不適応的な行動という観点から考えることもできるが、第 2 節で取り上げる家族の不適応との大きな違いは、子どもが直接的に暴力を受けているかどうかにある。また、DV の目撃は、日本の児童虐待の定義に従えば心理的虐待に含められるが、間接的な暴力被害という点と、ACEs 研究における成人期以前の困難な体験の構成要素に合わせて、家族の不適応として取り扱うこととした。

1. 親との離別

親と離れるような体験は「親との離別」として、成人期以前の困難な体験の因子に含まれることが多い。研究によって異なるが、離婚や別居、死別、それ以外で親と離れた経験が尋ねられている。本研究では、それらを「親との離別」と総称する。ここでは、親との離別が人にどのような影響を及ぼすと考えられてきたのか、主に長期的影響について検討した先行研究を概観する。

人生早期の親との離別をテーマにした初期の研究としては、例えば第二次世界大戦後、施設で暮らす戦争孤児の死亡率増加が注目されたことによって登場した乳幼児のホスピタリズムが挙げられる。ホスピタリズムとは、病院や施設に入所することによって生じる心身への悪影響と定義される⁽³⁸⁾。施設にいる子どもたちは夜尿や接触の問題、協調性のなさ、注目引きの行動の多さ、自発性の乏しさ、依存性、攻撃性、引っ込み思案、友人が少ない、知的レベルが低いなどの特徴を示した^(39, 40)。

それ以前からも、親との離別が子どもにもたらすネガティブな影響が指摘されてきた。例えば、Lowrey⁽⁴¹⁾は、子どもの発育を妨げる要因として孤立を挙げた。幼児が長期間施設で育てられることは避けるべきと強く主張している。複数の事例をもとに、親との離別を経験した子どもの反社会的なふるまいや愛情を受け入れることが難しい特徴、あるいは発達の遅れや自己中心性の高さ、養育者の態度に対する過敏性などを報告している。興味深いのは、里親との生活に適応できた事例を紹介し、新しい環境が子どもにとって安心して生活できる場として成立しなかった場合には、他者と関わる社交性に関して永久的なハンディキャップで苦しんだかもしれないと指摘した点である。初期の事例報告でも、親との離別による長期間にわたってもたらされるであろうネガティブな影響が懸念されている。

日本における初期の報告でも、海外の研究で示された親との離別を経験した子どもと類似した特徴がみられている。例えば池田⁽⁴²⁾によれば、生後2か月から3歳7か月までの乳

児院にいる子ども 64 名について、言語や社会性の発達に遅れがみられたという。また、発達指数を子どもの発達の程度を示す指標として設定し、乳児院在院時と退院後の発達の程度を比較している。在院期間が長いほど発達指数は低くなる傾向がみられたものの、退院後に里親引取りも含めた家庭に戻った後、発達指数が上昇したと報告している。池田は、この発達の遅れを、子ども自身の特性としての遅れというよりは、乳児院に入ることによって母親と離れている状況に置かれるという環境因によるものではないかと結論付けた。

この結論には、Bowlby の提唱した **maternal deprivation**(母性はく奪)の概念が取り入れられている。母性はく奪は、ホスピタリズムの症状と原因を示した概念である⁽⁴³⁾。この概念によれば、母親との長期間の分離あるいは喪失が、子どもの心身の発達に多大なダメージを与える。親との離別は、必ずしも精神病理につながるとは言えないが、子どもを取り巻く環境に持続的な変化を与える体験であり⁽⁴⁴⁾、親との離別は、その個人の対人関係上、行動上あるいは精神的な問題に関連していることが、繰り返し明らかにされている^(45, 46)。加えて、その影響はその後の人生上の困難に対する脆弱性をも高めるとされた⁽⁴⁷⁾。以上のように、親との離別が個人に対して広範囲にわたる問題と関連していることが示されており、その影響が長期的である可能性が考えられてきた。ここからは、広範囲にわたる問題について、より具体的にみていく。

例えば、行動上の問題として、飲酒や薬物使用、喫煙のような物質使用に関わる問題が挙げられるだろう。1986 年に実施された家族の対立に関する研究⁽⁴⁸⁾に参加していた家庭の青年を対象に、その後の心理的な不適応および薬物使用を検討したところ、親との離別を体験した後に、心理的な不適応(不安や落ち込み、自己評価の低さ)がみられ、さらに過去 1 か月間の薬物使用が増えることが示された⁽⁴⁹⁾。

他にも、アメリカの National Longitudinal Study of Adolescent Health のデータ 3,403 名を用いて、親との離別という体験が喫煙開始のきっかけになるのではないかという仮説が検証された⁽⁵⁰⁾。この研究では、計 2 回調査を実施し、1 回目と 2 回目の調査の間に親と

の離別を体験した者とそうでない者の喫煙経験の有無を比較した。性別、年齢、人種、母親の教育歴、収入、親の喫煙の有無のような因子を調整した後でも、統計的に有意に親の離別体験が喫煙開始に関連していたことが指摘された。

また、Hope ら⁽⁵¹⁾による 11,407 名を対象とした出生コホート調査では、上記の研究よりも、より長期的な影響が指摘されている。この調査では、幼少期における親との離別が、成人期の飲酒上の問題に関連することが明らかにされた。23 歳時点と 33 歳時点の 2 回の調査のうち、23 歳時点では親との離別と飲酒問題には統計的に弱い関連性がみられたが、33 歳時点では統計的に強い関連性がみられた。親との離別を経験していない人と比べると、深酒や飲酒量の多さといった飲酒に関わる問題のオッズ比が 1.29-1.90 を示し、こうした問題のリスクが高まる傾向が示されている。この関連性については、婚姻状況や社会経済的な状況などの媒介因子を調整した場合でも、統計的に強い関連性を示したままだった。

他にも、親との離別と精神健康との関連性に関して、例えば以下のような報告がある。大学生 328 名に対して、親の離婚経験と抑うつ傾向との関連性を検討し、親が離婚していると抑うつ傾向が高く、将来への否定的な期待を持ちやすいことが示された⁽⁵²⁾。また、Kendler ら⁽⁵³⁾は、17 歳以前に親との離別を経験した女性の双子 1,018 組(平均年齢 30.1 歳 SD=7.6 歳)を対象に、成人期の精神疾患との関連性を検討した。対象者のうち 178 組(16.5%)が親との離別を経験していた。このサンプルには、17 歳以前の親との離別体験に関する報告が双子で一致した対象者のみで構成されており、後ろ向き報告に関わる想起バイアスを小さくするための工夫がされている。

研究方法をさらに詳しくみると、精神疾患については Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnosis(SCID)を用いて大うつ病、全般性不安障害、パニック障害、摂食障害が、Diagnostic Interview Schedule を用いて恐怖症が査定された。結果として、親との離別を体験している場合に、大うつ病(OR=1.27)、全般性不安障害(OR=1.43)、パニック障害(OR=2.08)、恐怖症(OR=1.21)のリスクが増大することが示された。また、Kendler ら⁽⁵³⁾は、

親との離別のタイプ(死別：62名、離婚などによる離別：123名)によって、精神疾患に違いがみられるか分析しており、親と死別した場合に、パニック障害(OR=1.81)、恐怖症(OR=1.34)のリスクが高まり、それ以外の離別では大うつ病(OR=1.42)、全般性不安障害(OR=1.60)のリスクが高まると報告された。この結果によれば、親との離別は精神疾患のリスクを高めるが、離別の仕方によってリスクが増大する精神疾患が異なることが示唆された。さらに、親との離別が成人期の精神疾患発症のリスクを高める環境因子として仮定した場合、成人期の精神疾患発症を親との離別という因子が 1.5-5.1%説明するというモデルを示している。

物質使用のような行動上の問題や精神的な健康に対する問題だけではなく、さらに広範囲にわたる問題についても言及されている。例えば、中年成人(平均年齢 46.4 歳 SD=13.4)4,242 名を対象とした調査では、親との離別に関わる長期的な影響として、抑うつ問題を抱えやすく、薬物使用あるいは喫煙率が高いこと以外にも、自己受容が低い、他者との良好な関係が築けないなどの対人関係上の問題、教育レベルや収入の低さが示された⁽⁵⁴⁾。この調査では、喘息や高血圧など身体的な健康についても検討されており、慢性的な健康問題を抱えやすいことが指摘された。身体的な問題については、他にも親との離別と成人期のメタボリックシンドロームの関連性も検討されている⁽⁵⁵⁾。対象者の 33.3%が親との離別を経験していると報告され、メタボリックシンドロームの基準を満たす 42 名の患者と、メタボリックシンドロームの基準を満たさない肥満患者 93 名を比較すると、メタボリックシンドロームの基準を満たすリスクが高まる(親との離別 OR=2.99、親との死別 OR=4.75)ことが示された。

また、両親と暮らす子ども、片親家庭で暮らす子どもの幸福を測定し比較したメタ分析によれば、片親家庭の子どもたちの幸福度の低さも示された⁽⁵⁶⁾。離婚家庭で育った成人には、教育レベルの低さ、収入の低さ、就労していない状況、離婚の多さなどの特徴がみられた。幸福度の低さも踏まえて、親の離婚による長期的な問題は子ども時代の情緒的、社会的問題

よりも深刻であるかもしれないという。さらに、Amato⁽⁵⁷⁾は、55歳未満で結婚した成人に電話でのインタビューを行い、18歳以前の親との離別経験と現在の心理、社会経済、社会、家族の4領域に関する幸福を検討した。電話インタビューは1980-1988年の間に実施され、最終的に1,243名が参加した。このうち、親との離別を体験した人は152名(12.2%)であった。親との離別を体験している人は、そうでない人よりも心理的苦痛が高く、現在の婚姻関係上に問題があり、社会的なつながりが少ないことが示された。これら有意差は小さいものの、親との離別は、心身の健康状態を含めた人の幸福に関わる長期的なリスク因子であった。

社会経済的な幸福の低さは、同じく Amato⁽⁵⁶⁾による National Survey of Families and Household(NSFH)のデータをもとに、親との離別と社会経済的な幸福(収入、職業的地位、資産、生活水準)との関連性を検討した調査でも同様の結果が得られた。こうした影響は、離婚や死別による家庭の経済状況の悪化や親が子どもと関わる時間の減少、ソーシャルサポートの減少、生活スタイルの変化が背景にあることが指摘されている^(54, 56)。

近年も親との離別が人に与える長期的な影響について検討されている。例えば、2014年に実施された研究では、151名を対象に親との離別を経験した年齢が3歳未満の群(48名)、3-10歳の群(52名)、経験しなかった群(51名)の3群に分け、ベースライン時(11-13歳)から3年後(14-16歳)の精神病理学的な問題を検討した⁽⁵⁸⁾。不安や抑うつ、敵意などを The Symptom Check-List(SCL-90-R)、食事や体重に関する心配について The Eating Attitudes Test(EAT-40)、解離は The Adolescent Dissociative Experience Scale(A-DES)によって査定された。親との離別体験がある場合、抑うつや不安、摂食困難、解離症状などの精神病理学的な問題がより多くみられた。他にも、成人男性2,605名を調査した研究では、親との離別はパニック障害やアルコール依存のような精神病理学的特徴のリスクを増加させることが示された⁽⁵⁹⁾。さらに、この調査では親の死別よりも早期の親との離別がより強い関連性を示したことが報告された。

親との離別がどのような形で発生したか(例：死別か離婚か)によって、関連性の強さに違いがみられた研究もあるが、どのような形であっても人生早期の親との離別は、その後の人生に関するネガティブな結果と関連していた。また、親との離別を経験したことによる長期的な影響は、精神健康だけでなく、身体的健康や社会経済状況などを含めて広範囲に及ぶ可能性が高いことが、様々な研究結果によって明らかにされている。

2. 家庭内暴力(ドメスティックバイオレンス：DV)

ACEs では母親に対する暴力が成人期以前の困難な体験の項目として挙げられている。配偶者間の暴力を示す用語であるが、近年は概念が拡大し親密なパートナーからの暴力(Intimate Partner Violence：IPV)と同義で用いられることもある。近年の海外の研究では IPV の概念が使われていることが多いが、ここでは、日本では広く使われている DV という用語を用いることにする。DV を目撃した経験によって、人にどのような影響がみられるか、主に長期的な影響に関する知見をまとめる。

1970 年代後半のフェミニズムの運動を契機に DV に対する注目が集まった。この時期は、battered child syndrome に並んで battered women/wives syndrome という用語が用いられるようになった時期でもある。DV は女性の被害者だけではなく、当然、男性の被害者が存在するが、DV の概念が作られた初期には、一般的に配偶者などによる女性虐待を指した。児童虐待に対する関心が高まった時期でもあり、DV と児童虐待との併存性がこれまでに繰り返し明らかにされてきた⁽⁶⁰⁻⁶³⁾

DV 目撃による長期的な影響に関する検討を調査の主目的とした研究は、1990 年代から増えたようだ。DV 目撃に曝された子どもにも精神的な健康に関するネガティブな影響が指摘されているが、長期的な影響としても同様の問題がみられている。例えば 351 名を対象

とした研究では、DV の目撃が成人の不安や抑うつ、攻撃性、過活動など精神病理学的な特徴、PTSD 症状と関連することが示されている⁽⁶⁴⁾。しかし、それ以前の研究でも長期的な影響に関して言及されてきた。

例えば DV が起きている家庭の子どもは、DV が起きていない家庭の子どもと比べて行為障害およびパーソナリティ障害の割合が高いと示されている⁽⁶⁵⁾。親の DV は、子どもの抑うつや不安などの情緒的問題や暴力的な行動が増えるなどの行動的問題のリスクを増加させることが知られている⁽⁶⁶⁾。先に挙げた研究⁽⁶⁵⁾でも、調査対象の DV 家庭の夫(加害側)の 82%が、幼少期に親の DV を目撃していたことを挙げ、男児が高い確率で行為障害を示したことから、男児が後に DV 加害に至る可能性があるかもしれないと指摘した。ここでは、DV 目撃による長期的な影響の 1 つとして、暴力が連鎖する可能性について指摘されている。DV 目撃と関連する諸問題について検討する際には、その後の暴力被害／加害について言及されていることも多い。

さらなる暴力被害に関する研究としては、例えば 3,527 名の女性のみを対象とした Bensley ら⁽⁶⁷⁾の調査が挙げられる。この調査は CDC による Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS：慢性疾患や罹患率、死亡率に関するリスク因子に関する情報を収集するシステム)にあるデータからランダムに収集されたサンプルを対象としている。幼少期の DV 目撃と成人期における心理的苦痛(ストレス、抑うつ、情緒的問題)、身体的な健康状態および過去 1 か月間のパートナーからの暴力との関連性が検討された。DV 目撃を経験していない人と比べて Center for Epidemiological Studies Depression(CES-D)および Medical Outcomes Study Short Form 36(SF-36)によって査定された心理的苦痛のリスクが高いことが示された(OR=2.4 95%CI=1.5-3.8)。さらに、幼少期に DV を経験していた対象者(6.1%)は、経験のない対象者と比べて、過去 1 か月間にパートナーからの心理的虐待(OR=4.2 95%CI=2.4-7.3)および身体的暴力(OR=3.9 95%CI=1.7-8.6)の被害に遭う傾向が高いことが明らかにされている。

暴力加害行為のリスクが高まるという結果は、青年期を対象とした研究でも示されている。18歳の1,265名を対象としたニュージーランドの出生コホート調査では、幼少期にDVに曝露したかを査定し、精神健康や不適応的な行動上の問題との関連性を検討した⁽⁶⁸⁾。

Composite International Diagnostic Interview(CIDI)によって気分障害および不安障害を、行為障害はSelf-Report Delinquency Inventory (SRDI)を用いて査定された。さらに、これまでの自殺未遂および物質乱用／依存、犯罪行為に関する情報が収集された。結果として少なくとも40%が1回はDVを目撃した経験があり、言葉による暴力(35%)が最も共通していた。一方、稀な暴力としては、首を絞める(3.0%)、絞殺(1.2%)が報告された。

DVの目撃は抑うつ、不安、行為障害、自殺未遂、アルコール／喫煙／大麻などの物質使用、犯罪行為と関連性がみられた。また、DVを目撃する頻度が高いほど、それら傾向は高まった。こうした不適応は、家庭の社会経済的状況が良くないことや親との分離、親のアルコール依存、親の犯罪、幼少期の虐待とも関連性が見出されたが、それらを調整した後でも、DVの目撃との関連性が有意なままであったことも報告された。物質依存との関連性については、Templeら⁽⁶⁹⁾の研究でも明らかにされている。Fergusson⁽⁶⁸⁾はDVの目撃が子どもに長期的な影響を与えるとともに、DVが起こる家庭に複数の問題が存在することも指摘した。DVだけに焦点を当てるだけでなく、家庭全体の問題を含めた広範囲の支援が必要とされると結んでいる。Roustitら⁽⁷⁰⁾の研究でも、パートナーおよび子どもに対する暴力加害について検討しているが、上記の研究は、暴行や動物虐待、住居侵入や万引きなどの窃盗などの犯罪を含めた加害行為についても検討したものである。DV加害という暴力行為のみならず、より広範囲の暴力行為につながることを示された。

近年の研究でもDV加害に関する知見が得られており、例えば、10代の青年917名を対象とした研究では、恋人に対する暴力加害をConflict in Adolescent Dating and Relationship Inventory(CADRI)によって、被害をAcceptance of Couple Violence(ACV)によって査定し、さらにDVの有無を尋ねた。パス解析の結果によれば、DV目撃が恋人に対

する暴力加害と被害の両方に直接的な関連性がみられている⁽⁶⁹⁾。この研究も含めると、暴力加害だけでなく、被害との関連性が指摘されており Bensley ら⁽⁶⁷⁾の結果と一致する。

ACEs 研究における成人期以前の困難な体験を構成する因子として DV は、児童虐待と並んで暴力への曝露に関する因子と捉えられる。前節で概観したように、虐待体験と攻撃性にも関連性が指摘された。Reyes ら⁽⁷¹⁾は 10 代の青年 1,965 名を対象に、DV の目撃および直接的な暴力被害の持つ身体的な恋人への暴力行為に対する影響は間接的なものであり、①恋人への攻撃性に関する規範的な認知、②怒りの調節困難、③抑うつが媒介するという仮説を検証している。直接的な暴力被害とは、大人に身体的暴行を加えられたことがあるかどうかを尋ねており、身体的虐待の体験も想定して設定した因子である。この調査でも、これまでの先行研究と同様に、DV の目撃と直接的な暴力被害に有意な相関性がみられており、この 2 つの暴力の併存性の高さが指摘された。まず、媒介因子として設定された 3 つと恋人に対する暴力行為との関連性については、次のような結果が得られた。まず、③抑うつは関連性がみられなかった。しかし、①恋人への攻撃性に関する規範的な認知および②怒りの調節困難は恋人に対する暴力に有意な関連がみられた。仮説検証の結果、予想に反して、パス解析による DV の目撃は 3 つの媒介因子との関連性はみられず、この調査における恋人に対する暴力への間接的な影響は支持されなかった。一方、直接的な暴力被害が間接的影響を与えていることが示された。よって、間接的な暴力被害に対する曝露よりも、直接的な暴力被害の方が、暴力に対する信念や怒りの調節困難に影響を与えるという結果が得られた。これについて Reyes ら⁽⁷¹⁾は、DV 目撃については頻度や重症度を考慮していないため、こうした情報を加えた場合には間接的な影響が示唆された可能性があるとした。

人の攻撃性あるいは攻撃性の調節という点に関して、人生早期の暴力に対する曝露は、直接的な曝露であっても、間接的な曝露であっても人に長期的な影響を与えている可能性が考えられる。これは、問題解決方法として暴力を用いる親との接触によって、その問題解決方法が学習されたとも考えることができる。さらに、これまで述べたように、幼少期の DV

目撃は、青年期および成人期の精神健康や行動上の問題、また対人関係上の問題も含めて、人の心身の健康に関わる広範囲にわたる問題と関連していることが示されている。

3. 家族・親の精神疾患

親との離別、DV の目撃と並んで、家族・親の精神疾患についても、古くから人にどのような影響がもたらされるのかについて関心がもたれてきた。ここでは、これまでと同様に、家族・親が精神疾患にり患している場合、どのような長期的な影響が示されてきたのか概観する。

Goldstein⁽⁷²⁾によれば、1950 年代の家族研究においてすでに、家族内環境に対するネガティブな影響に家族の精神疾患が関連していると指摘されていたという。家族・親の精神疾患の影響としてまず挙げられるのは、子どもの精神疾患発症であろう。親が精神疾患にり患している子どもは、精神疾患発症に対して特に高いリスクを持ち、親の精神疾患が重度であるほどにそのリスクは高まる^(73, 74)。例えば、パニック障害、全般性不安障害、恐怖症、強迫神経症に関する家族研究および双生児研究のメタ分析では、有意に家族集積性がみられ、これら精神疾患発症のリスクは 4-6 倍と報告された⁽⁷⁵⁾。他にも、うつ病や不安障害などの精神疾患や行動障害を示しやすい傾向も明らかにされている⁽⁷⁶⁾。

Weissman ら⁽⁷⁷⁾は、親の精神疾患の長期的な影響に着目し、うつ病の親を持つ子ども 101 名を 20 年間追跡し、精神疾患に関して、うつ病でない親を持つ子ども 50 名と比較検討を行った。対照群と比較して、対象者が 35 歳時点における気分障害を発症するリスクは 3.3 倍(95%CI=1.9-5.7)、不安障害を発症するリスクは 2.9 倍(95%CI=1.6-5.1)と明らかにされた。興味深い点は、対照群と比較して早期に発症する傾向が示されたことであり、その多くは青年期に発症していた。精神疾患発症のリスクを高めるだけでなく、早期発症とも関連してい

ることが示されている。発症リスクの上昇については、同様の結果が、うつ病の親を持つ子ども 2,427 名を対象とした調査でも指摘されている⁽⁷⁸⁾。

さらに、精神疾患の親を持つ子どもと、そうでない子どもを比較すると、自分に対して否定的な認知や過度の罪悪感を持ちやすく、情緒的な問題や行動上の問題を示しやすいと言われている。Beardslee ら⁽⁷⁹⁾のレビューによれば、精神疾患を持つ親の子どもに精神病理学的な症状が現れやすいリスク因子として、遺伝的な影響、夫婦の対立などの親の婚姻上の困難、子育ての問題、親の慢性的で重症な症状の 4 つを挙げている。遺伝的な影響以外については、主に、親が自身の精神疾患の症状によって機能が低下することによって子育てに支障が出る状況を指している。例えば、Mattejat ら⁽⁷³⁾によれば、疾患による影響を受けた親の行動として現れる共感性や情緒的関わりの乏しさ、一緒に遊んだりするコミュニケーションの機会が少ないなどの環境は、子どもが大きくなるにつれ、子ども自身の依存性や自律性およびアイデンティティ確立に影響を及ぼすという。また、そうした子どもたちの特徴として、親の問題を理解できずに混乱したり、自分が十分な世話をしていないから親が病気なのだという罪悪感を持ったり、自分の問題を周囲に話すことができずに孤立するなどが挙げられている。Masten ら⁽⁸⁰⁾も、重篤な精神疾患のある親は特に、子どもの身体的なケアおよび子どもとの情緒的な関わりを持つことが難しく、その疾患の症状により一貫し安定した育児にあたることが困難と述べている。家族・親が精神疾患に罹患していることの長期的な影響がみられる背景には、このような子どもとの適応的な関わりの難しさも関連していると考えられる。

精神疾患を持つ親の子どもに、精神疾患発症がみられることは、遺伝的な影響や先に述べたような適応的な関わりの難しさ以外にも、親の精神疾患罹患による就労の困難さなどの事情によって起きる貧困や差別などの社会的状況もまた、重要な因子である。例えば、Kendler ら⁽⁸¹⁾は、うつ病、全般性不安障害、恐怖症、アルコール依存症、物質依存、反社会的行動、行為障害に遺伝的要因を確認したと報告しているが、精神疾患発症には遺伝的要因

のほかに、環境要因として家族の崩壊や子どもに対する親の関心の低さ、社会的地位の低さが影響するとした。親の精神疾患は子どもの認知的、感情的、行動的な困難に影響することが示されてきた。特に子どもの精神疾患発症については、遺伝的因子の影響は古くから指摘されている。しかし、このような知見からは、精神疾患の症状による子育て上の困難や貧困などの環境的な因子も、青年期および成人期における診断可能な精神疾患につながりやすいことが分かる。

繰り返しになるが、現在では、精神疾患発症については遺伝的な因子のみならず、環境的因子等も含めた多面的な観点から、精神疾患発症を捉えることが主流となっている。特に古典的な精神医学用語で内因性精神病と言われる統合失調症や双極性障害は、その遺伝的な影響が古くから考慮されてきた⁽⁸²⁾。この知見は、その病因を明らかにするために蓄積されてきた家族研究や双生児研究による知見から得られたものである。統合失調症に罹患している親を持つ子どもの統合失調症発症危険率は 10%程度、加えて、統合失調症型人格障害などの統合失調症スペクトラムを発症する可能性が高いと言われている⁽⁸³⁾。Sullivan ら⁽⁸⁴⁾の統合失調症の双生児研究のメタ分析でも、統合失調症発症に対する遺伝的な影響が示されており、二卵性双生児と比較して一卵性双生児の統合失調症発症の一致率は 3 倍高いことが報告された。

統合失調症は遺伝性が高く、遺伝的因子が疾病の発症におおよそ 80%寄与している⁽⁸⁵⁾。遺伝的な影響以外にも、産科的合併症や大麻・刺激薬物の使用、親との別離あるいは親の死亡などの発症リスクを高める環境因子も同定されているが、いずれの因子についても研究結果が一致しないことなどから、信頼性が低いものであり、統合失調症発症のリスクを上昇させると科学的に証明されているわけではない⁽⁸⁵⁾。しかし、ある因子 1 つを取り上げて発症との因果関係を判定するには科学的に十分でないという意味であり、遺伝的因子と環境因子との相互作用によって引き起こされる統合失調症発症の可能性を否定しているわけではない。松本⁽⁸⁶⁾は、遺伝的因子に胎児期から乳児期前後までに発症に関わるリスク因子(例

えば、乳幼児期や児童期における虐待や母性(はく奪)が加わることによって、統合失調症発症の生物学的な脆弱性が形成されると述べた。統合失調症発症が遺伝的因子だけで説明できないことは、例えば、遺伝材料が 100%共通している一卵性双生児の場合でも、両者が発症する確率は 41-65%と言われており⁽⁸⁷⁾、100%ではない点からも明らかである。遺伝的な因子による寄与率が大変高い疾患であっても、幼少期における児童虐待や親との離別のようなストレスフルな体験が、発症に対するリスク因子である可能性が明示されている。こうした点からも、本研究が最も関心を寄せている成人期以前の困難な体験と、いわゆる内因性精神疾患とされてきた精神疾患が無関係ではないと言える。

4. 家族・親の物質依存

ここでの物質依存は、ACEs の成人期以前の困難な体験の構成因子にならって、アルコールおよび違法薬物に関する物質依存を指している。成人期の物質依存の予測因子として、幼少期の攻撃性⁽⁸⁸⁾、気分障害や不安障害⁽⁸⁹⁾、教育歴の低さ^(90, 91)などが明らかにされているが、家族の物質依存の既往歴も強い予測因子であることが知られている⁽⁹²⁾。また、親の物質依存は、家族としての機能の低下や子どもの問題行動と関連する⁽⁹³⁾。家族・親の物質依存の長期的な影響に関する知見を整理する。

例えば、1940 年から 1974 年までにバージニア州で出生した男性の双子 3,516 組に対して、DSM-III-R および DSM-IVによって定義されるアルコール依存を構造化面接によって査定し、遺伝的な影響について検討したところ、アルコール依存の発症に遺伝的因子が大きく寄与していることが指摘された⁽⁹⁴⁾。他にも、Merikangas ら⁽⁹⁵⁾ は、違法薬物依存あるいはアルコール依存になった 231 名と、これまでに DSM-IIIのいかなる診断も満たしたことがない 61 名と、彼らの第一親等までの親戚を含めた 1,267 名を対象に物質依存の家族研究を実施した。この研究では、物質依存に関する高い家族集積性がみられ、対照群と比較して

家族に物質依存の既往歴があると、物質依存のリスクは 8 倍に増大することが指摘された。

さらに、21-35 歳までの若い成人(605 名)だけを対象とした研究もある⁽⁹⁶⁾。DSM-IV-TR の基準に沿った構造化面接によって物質依存を査定し、物質依存に関わる因子として、行動的・感情的因子(学校での注意と行動の問題、攻撃性、不安)、親の因子(親のアルコールの問題、親の教育歴)、物質使用開始年齢(喫煙開始年齢と初めて酔った年齢)、教育(学校での学習、教育歴)についてもインタビューによって情報を収集した。アルコール依存と診断された人は、そうでない人と比べて、親のアルコールに関する問題と強い関連性がみられた。家族に物質依存がある場合、成人期における物質依存との関連性が示されており、家族間の伝達を示唆されている。さらに、親のアルコールの問題とその子どものアルコール依存症との関連性は、子どもの教育歴の低さや攻撃性、不安が部分的に媒介することが示された。大学生を対象とした調査でも、同じくアルコール乱用と親のアルコール依存症との関連性がみられ、特に女性において強い関連性がみられた⁽⁹⁷⁾。また、親のアルコール依存症は子どもの飲酒開始年齢を早めることや衝動性、喫煙との関連もみられた。飲酒開始年齢の早さは、その後のアルコール使用障害の発症のリスク因子と言われている⁽⁹⁸⁾。

親の物質依存は、その後の物質依存以外にも関連性がみられている。1980 年代の研究では、Brown⁽⁹⁹⁾によって、親に物質依存の問題がある青年は、そうでない青年と比べて高いレベルの心理的苦痛を示し、さらに相対的にネガティブなライフイベント(親との離別や家庭の経済状況の問題、病気、学校での問題など)を経験することが多いと指摘された。

こうした関連性は Moss ら⁽¹⁰⁰⁾によって、より詳しく検討されている。父親あるいは母親に物質依存の問題がみられた男児 99 名と、両親のどちらにも物質依存の問題がみられなかった男児 78 名、合わせて 177 名を対象に、行動上の問題や知的レベルなどとの関連性を検討した。行動上の問題は Child Behavior Checklist(CBCL)、知的レベルはウェクスラー式知能検査(WISC-R)、また、読み書きや計算問題などの学業に関わる能力が Peabody Individual Achievement Test-Revised(PIAT-R)によって査定された。対照群と比較して、

親に物質依存の問題がみられた男児は、不安の高さや衝動性の高さなどの行動上の問題をより多く示した。さらに、言語性知能および全体の知的レベルの低さも指摘された。

Brown⁽⁹⁹⁾や Moss ら⁽¹⁰⁰⁾によって指摘されたような精神健康との関連性については近年の研究でも明らかにされており、例えば Jääskeläinen ら⁽¹⁰¹⁾ は親の物質依存が子どもの後の精神疾患発症(7-12 歳と 13-17 歳)に関連がみられるか、出世コホート調査によって検討した。対象者は 1991 年にフィンランドで生まれた 63,639 名であった。親の物質依存と子どもの精神障害の他に、子どもの薬物依存の危険性、親の精神疾患、貧困、親の死、親の教育歴についても査定している。7-12 歳の精神疾患有病率は 7.7%、13-17 歳では 10.5%であり、13-17 歳での物質依存の危険性があると判断された対象者は 1.6%であった。親に物質依存がみられる場合、7-12 歳時点での精神疾患罹患リスクは 3.50 倍(95%CI=2.45-4.96)、13-17 歳時点で 4.61 倍(3.66-5.81)高いことが示された。しかし、親の物質依存は親の精神疾患、貧困とも強い関連性がみられ、さらにこれら因子は子どもの精神疾患のリスクを高める因子でもあった。そこで、ロジスティック回帰分析による多変量解析を実施したところ、親の物質依存の効果量は 7-12 歳(OR=1.41 95%CI=0.89-2.26)、13-17 歳(OR=1.75 95%CI=1.37-2.24)の両時点で維持された。さらに、親の教育歴を含めた場合でも、その効果量は維持され、親の物質依存が子どもの後の精神疾患発症に関連していることが明らかにされた。

精神疾患だけではなく、例えば鎌状赤血球病という遺伝性の貧血病患者を対象とした研究でも、親の物質依存の影響が示されている⁽¹⁰²⁾。67 名(平均年齢 36.82 歳 SD=11.47)の患者に対して、Short-Form McGill Pain Questionnaire(SF-MPQ)を用いて痛みを、Symptoms Checklist-90 Items Revised(SCL-90-R)によって対人関係の敏感さや抑うつ、不安などの心理的苦痛を査定し、さらに親の物質依存の有無が確認された。この調査ではコーピングも査定されている。社会学習理論に基づけば、当然、子どもは親のコーピングの影響を受ける。親に物質依存がみられる子どもは、トレッサーに対して薬物やアルコールを用いて対処しようするようなセルフマネジメントにおける不適応的なコーピング戦略を学ぶのではな

いかという仮説のもと、痛みに対しても不適応的なコーピング戦略を持つかを検討するためである。

結果として、物質依存がある親を持つ患者は、高いレベルの痛みとより多くの心理的苦痛を報告した。対照群と比較してコーピング戦略の程度に違いはみられなかったものの、行動的コーピングが顕著にみられたことから仮説が支持されたと述べている。ストレスサーに対する不適応的なコーピング戦略を学習するきっかけにもなり、後の物質依存については遺伝的因子のみならず、こうしたシステムによってもたらされている可能性もある。親の物質依存は、子どもにとっては出生前から物質に曝露している状態とも捉えることが可能であり、こうした状態は長期にわたる後遺症を伴う外傷そのものとも考えることもできる⁽¹⁰³⁾。また、物質依存によって子育てが十分にできないなど、親としての機能が低下することを通して子どもの生育環境悪化が様々な問題につながっているとも考えられる。例えば、親の物質依存は虐待発生のリスク因子でもある。

先行研究からは、親の物質依存が青年期以前と青年期の精神健康や行動上の問題、知的水準に対して影響することが示唆され、さらに青年期および成人期の物質依存に対しても影響することが指摘されている。これまでに挙げた因子と同じく、親・家族の物質依存も広範囲にわたる問題と関連していることが明らかにされた。こうした問題は、後の対人関係上の問題に発展する可能性も十分に考えられ、かつ早期からの物質依存は、身体的な健康のみならず精神的な健康に対してもネガティブな影響を与えることは明らかである。

5. 家族・親の服役

ACEs では家族・親の服役が成人期以前の困難な体験として扱われている。ここでは、家族・親の犯罪として、家族・親による犯罪行為および収監を含めた。親の服役については、親との離別体験という側面も併せ持つ。また、犯罪を暴力とみなせば、親の服役はDVのような間接的な暴力被害とも捉えることが可能かもしれない。家族・親の犯罪について、どの

ような影響があると言われているか、特に長期的な影響について概観する。

平成 27 年版犯罪白書の報告では、平成 26 年末に日本の入所受刑者の人数は約 2 万人を超えている。親が収監中の子どもの割合は、アメリカでは 18 歳未満の子どもの 2.1% ⁽¹⁰⁴⁾、オーストラリアでは 16 歳以下の子どもの 4.3%と報告されている⁽¹⁰⁵⁾。筆者が調べた限りでは、日本における同様の統計は見当たらない。

例えば Friedman⁽¹⁰⁶⁾は、教員に対して調査を実施し、半年以上親が収監された子どもは、そうでない子どもと比べて、態度や社交性などに関して、学校での問題行動が頻繁にみられることを示した。また、Gabel⁽¹⁰⁷⁾のレビューによれば、Morris⁽¹⁰⁸⁾は自身の著書『Prisoners and Their Families』において、収監された男性の妻に対するインタビューをもとに、その子どもに不登校や夜尿症、睡眠と食事の問題がみられたことを報告している。また、親の犯罪は、子どもの反社会性と関連しており、非行が多くみられると指摘されている⁽¹⁰⁹⁾。このように、家族・親の犯罪は子どもの精神健康や行動上の問題との関連性が以前より指摘されていた。

少し違った観点からこの問題をみると、2011 年に行われた国連・子どもの権利委員会では、親が収監されている子どもの権利について議論されている。子どもが親の収監に関する情報を得る権利を持っていることを明示し、また、その後の生活のサポートなどの提供を推奨している。具体的に、刑事司法のプロセスにおけるすべての段階で専門家が支援にあたるべきと明記している。これは、子どもの幸福と人権保障という観点に基づく提言であるが、家族・親の服役が子どもの生活全般にサポートを必要とするような影響を与える因子であると捉えることもできる。

Gabel ⁽¹¹⁰⁾は、親の収監によって子どもに行動上の問題や情緒的な問題がみられることの要因として、自験例をもとに、親との分離、罪を犯した親を持つ子どもであると子ども自身が認識すること、社会的な偏見、収監された親の行方や収監の理由を親に隠されることとなりがちであると指摘している。この見解からは、アイデンティティの問題につながるものが

予想されるし、犯罪行為は家族の意思に関わりなく外部に知られる特徴も関わっていると考えられる。やや飛躍的ではあるが、犯罪者の子どもとして、まるで自身が罪を犯したかのような差別的な扱いを受ける体験を想像することもできる。一方で、Gabel は、子どもの行動上の問題や情緒的な問題がみられるものの、その長期的な影響については十分に明らかになっていないとした。それでも Gabel は、父親不在による反社会的行動・非行の増加や収監された親の物質依存や虐待の併存も踏まえて、親が収監された子どもに対する長期的な影響を見据えた介入の必要性を主張している。

Miller⁽¹¹¹⁾は、子どもの生活する文化に応じて、犯罪行為に対して社会的偏見があることを認識しており、親の犯罪に対して恥じる気持ちを持つとした。また、親が犯罪行為に至った背景に、例えば、家族を養うためなどの理由があると自身に過失があるように感じたり、自分を責めたりするという。もし、子どもの時に持ったこの信念が続くと仮定した場合には、親の犯罪による長期的な心理的問題が考えられるとした。Kampfner⁽¹¹²⁾は、母親が収監された子どもにストレス反応がみられるかを調査している。結果として 75%の子どもに睡眠困難や注意集中の困難が示され、うつ病の兆候がみられた。このようなリスクは特に、母親が逮捕される時にその場にいた経験があると高まるという。このような問題について Kampfner も、社会的偏見と収監後に母親との接触が絶たれることも考慮する必要があるとした。収監された親を持つ子どもの研究では、経済的な影響や偏見などによる継続的なストレスがかかると報告されている⁽¹¹³⁾。

親の服役と非行との関連性は、他の研究でも指摘されている⁽¹¹⁴⁾。例えば、411 名の男児を調査した前向き研究では、育児や家族の問題に関する因子を調整した場合でも、親の収監を経験していない男児と比べて早期に反社会的行動を示すことが明らかにされた⁽¹¹⁵⁾。さらに、1979 年に行われた National Longitudinal Survey of Youth に参加していた親子のデータをもとに、子どもが成人した後の犯罪が母親の収監と関連するか検討されている⁽¹¹⁶⁾。1,258 名の母親と、その子ども 1,697 名を対象に、1994 年から 2000 年の間の子どもの有罪

判決および執行猶予付きの判決を司法システムから公式にデータ収集を行った。結果として、母親の収監は有意に子どもの犯罪と関連性がみられた。この調査でも、母親との接触が絶たれることの関連性も検討しており、収監と比較するとその関連性は小さいことが報告されている。同様に、収監なしの親の逮捕も、子どもの行動的・情緒的問題に関わっていることが示されている⁽¹¹⁷⁾。親の収監であれ、逮捕であれ、親の犯罪は子どもの問題行動に影響を与えていることが示されている。

Phillips ら⁽¹¹⁸⁾は、258 名の 18 歳未満の青年を対象に親の収監による影響を検討した。親が収監された経験のある青年の特徴として、経験のない青年と比べて親の物質依存、過去 6 か月間の暴力の目撃、家族の重大な局面を経験している傾向が高いことが示された。加えて対照群よりも行為障害および ADHD、抑うつ症状をより多く示した。人口統計学的特徴および住居の不安定性、貧困、親の精神疾患と物質依存を調整因子として回帰分析を実施したところ、親の収監は症状の重症度および退学や停学、逮捕と有意な関連性がみられた。

さらに、家庭の収入にも違いがみられ、親が収監された体験のある青年は貧困家庭に多くみられた。この点については Arditti ⁽¹¹⁹⁾も、親の収監がもたらす子どもへの負担として、例えばその家庭の生計を立てている親が収監された場合には、その家庭経済状況が悪化し貧困を経験することを挙げている。さらに、親の収監に対する子どもの問題を考える場合には、その関連性に貧困が関わっていることについてあまり注意が払われていないとして、偏見の問題も含めた社会的な文脈で捉えることが必要とした。

親の犯罪は、子どもの情緒的問題、行動上の問題、学業でのパフォーマンス、犯罪行為などに関連し、長期的な影響をもたらす可能性が示された。さらに親が犯罪行為によって収監された体験は、子どもにとって親自身、もとの生活などを含めた喪失体験という側面も持つことになる。また、家族・親の犯罪は DV や親の物質依存、虐待が併存していることが多く、離婚になれば親との離別を体験するきっかけにもなる。家族・親の犯罪が持つ影響は広範囲であると考えられることができる。

第3節 まとめ

本章では、ACEs 研究で成人期以前の困難な体験を構成する因子について、これまでにどのような影響が示されてきたのかを概観した。特に児童虐待については、成人期以前の困難な体験を構成する因子として扱われる頻度の高さから、このような研究領域で中核的に考えられてきた因子と言えるだろう。親との離別や DV 目撃、家族の精神疾患などのような家族の不適応に含まれていた因子も、多因子モデルで成人期以前の困難な体験を扱った場合の調査において比較的共通する因子である。

本章で取り上げた、児童虐待および家族の不適応(親との離別、DV 目撃、家族・親の精神疾患、物質依存、服役)は、非常に広範囲にわたる問題と関連することが示された。例えば、不安や抑うつ傾向の高さのような情緒的な問題のみならず、精神疾患発症のリスクを高める。あるいは、物質依存のような健康にリスクある行動が増えたり、非行や加害行為のような行動上の問題を抱えやすかったりする。また、身体疾患罹患の高さや、学業成績の低下や不登校、貧困の問題など、多岐にわたる人の心身の健康に関わる問題との関連がみられた。加えて、体験から長期間経過していても、統計的に有意な関連性を保つことが見出された。成人期におけるネガティブな心身の健康状態や職業上の問題、あるいは対人関係上の問題などに対してこれら因子が直接的な原因かどうかは不明であるが、専門家の臨床上の観察および統計上の結果では関連性が示されている。

また、重要な点として、これら因子が併存しやすいことも重ねて報告されている。DV 目撃後の加害行為について検討することを目的としたフランスのコホート研究⁽⁷⁰⁾では、4,560 名の成人を対象に、18 歳以前の DV 目撃の経験、Mini International Neuropsychiatric Interview(MINI)によってうつ病と自殺念慮を査定し、パートナーと自分の子どもに対する暴力行為の有無、自記式質問紙によってアルコール依存について尋ねた。さらに、“Family-level stressor”として18歳以前の両親との不和、虐待、親との離別、親の死、親の犯罪行

為、親の自殺企図、親のアルコールの問題が、加えて家族の経済的問題、親の健康状態の悪さ、親の失業が“Social-level stressor”として査定された。“Family-level stressor”および“Social-level stressor”を調整因子として多変量解析をおこなった結果、DVの目撃は、対照群よりも成人期のうつ病(OR=1.44 95%CI=1.03-2.06)、アルコール依存症(OR=1.75 95%CI=1.19-2.57)の傾向が高まることが指摘された。また、パートナーおよび子どもに対する暴力行為(OR=3.17 95%CI=1.75-5.73/OR=4.75 95%CI=1.60-14.14)の傾向も高まることが明らかにされた。加えて、幼少期のDVの目撃は、親の死を除くすべての“Family-level stressor”と高い関連性が指摘されている。

これによれば、DVは児童虐待のみならず、様々な家庭内の問題と関連していることが示されている。この体験の併存性はDVに限ったことではない。児童虐待という因子AがDVという因子B、親の犯罪という因子Cとに関連がみられれば、当然、因子Bと因子Cにも統計的な関連性はみられる。しかし、この因子の併存性は、DVを因子Aに置き換えても、親の犯罪を因子Aに置き換えても、確かめられてきたことである。

これらの大量の研究の結果からは、それぞれの成人期以前の体験は、広範な影響を心身に長期にわたって与えることは確実だということである。しかし、同じアウトカムが繰り返し同時に登場することを考えると、これらの要因には重なりがあると考えられる。しかし、単因子の研究ではどのように関連しているのか、どの要因がどの程度の大きさを持っているかは明らかではない。

第 2 章 多因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究

第 1 章では、成人期以前の困難な体験を単因子モデルで扱った研究で、どのような知見が得られてきたのかを概観した。どの因子を取り上げても、人に対して長期的でネガティブな影響がみられることが明らかになっており、かつ、その影響が多岐にわたることが示された。加えて、成人期以前の困難な体験のそれぞれが、個人にいくつも見られることが稀ではないという知見も重要である。

たとえ、成人期以前の困難な体験を経験している場合に、多岐にわたって問題がみられる可能性が高いとしても、それら問題と体験との因果関係が明らかになっているわけではない。とは言え、成人期以前の困難な体験を経験している場合に、その体験がない者と比較して、多くの問題に対するリスクを高めることは確かである。成人期以前の困難な体験を経験した後に長い時間を経ている、統計的に意味のある関連性がみられている点は大変興味深い。それでは、多因子モデルで検証したらどういった結果が得られるだろうかという疑問が、当然考えられる。成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱った研究ではどのような知見が得られてきたのだろうか。

本章では、まず第 1 節で、多因子モデルによって成人期以前の困難な体験の長期的な影響を検討した大型研究である Adverse Childhood Experiences(ACEs)研究、Childhood Adversity(CA)に関する研究および poly victimization の研究について述べる。この 3 つの研究の成り立ちや概念成立の背景を概観することによって、成人期以前の困難な体験を多因子モデルとして扱うことの意義を明らかにすることを目的とした。そのため、目的に関して必要な研究結果のみについて触れていることから、次節にも同様の研究結果が記載されている場合がある。

続いて、第 2 節では、過去の体験と人の健康および問題行動に、どのような関連性が示されてきたのか得られた知見を整理することを目的とした。まずは海外の先行研究を中心に、

身体的な健康との関連性、精神的な健康との関連性について概観する。なお、精神的な健康については、一般群を対象とした研究による知見、さらに精神疾患患者を対象とした研究による知見の 2 つに分けて記述する。成人期以前の困難な体験と身体的および精神的な健康との関連性について概観した後に、日本における多因子モデルによる成人期以前の困難な体験の影響を検討した研究について整理した。

第 1 節 成人期以前の困難な体験の多因子モデル

成人期以前の困難な体験が、大人になってからの人生に大きな影響を与えることは、前章で明らかになった。しかし、もう一步問いを進めて、どのような体験がどのようにどの程度影響するのか、その仕組みはどうなっているのか、その影響を取り去ることがどのようにどのくらいできるのか、といったことを科学的に考えようとする、とすると、一挙に問題は複雑化し、様々な視点からの研究が必要となってくる。

本節に登場する **Felliti, Kessler, Finlkelhor** らは、成人期以前の困難な体験の長期的な影響を、多因子モデルを用いて明らかにしようとした。多因子モデルの採用は、第 2 章の冒頭で述べたような複雑な問題に対する科学的な試みの 1 つとして捉えることが可能である。これらの新しい大規模研究で発見された成人期以前の困難な体験のその後への影響に関する知見が、本研究の起点となっている。

本節では、まず第 1 項として **ACEs** について取り上げる。続いて第 2 項で **CA**、第 3 項で **poly victimization** について整理し、第 4 項でこれら 3 つの相違点と類似点について触れながら、多因子モデルで成人期以前の体験を捉える意義について確認する。

第 1 項 Adverse Childhood Experiences : ACEs(幼少期の困難な体験)

Adverse Childhood Experiences(ACEs)研究は、児童虐待のようなトラウマ体験を含めた複数の幼少期の体験は、どのような人の心身の健康に関連するのかを論じた疫学研究である。最近では、イギリスのウェールズで実施された **ACEs** の調査が **Lancet** で紹介された⁽¹²⁰⁾。**ACEs** という用語が登場したのは、およそ 20 年前にさかのぼる。本項では、**ACEs** 研究の最初の報告⁽¹²¹⁾について述べる。

1998 年、疾患予防、健康促進、公衆衛生上の政策立案の科学と実践に関わる論文を掲載

している国際的な学術ジャーナル Preventive Medicine に「Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study」が発表された。ACEs 研究は米国の疾病対策予防センター(Center for Disease Control and Prevention : CDC)、保険会社のカイザーパーマネンテ(Kaiser Permanente)のグループで行われているが、最も代表的な研究者は、Vincent J. Felitti と Robert F. Anda である。Felitti は 1975 年にアメリカの保険会社であるカイザーパーマネンテに予防医学部門を設立し、健康にリスクある行動を減少するためのプログラムに携わっていた。肥満患者に対する体重減少を目指した治療における彼の経験が ACEs 概念提唱につながる。

Felitti は、プログラムを脱落した患者に着目した事例報告を出している⁽¹²²⁾。ACEs 研究立ち上げにつながるこの事例報告は、肥満とライフイベントとの関連性を明らかにするため、肥満患者と細身の成人 100 名ずつにインタビューを行ったものである。結果として、肥満患者は感情的な苦痛に対処するために過食するという報告が得られ、対照群よりも性的虐待($P<0.001$)および性的虐待以外の虐待体験($P<0.01$)の経験率が高いことが明らかにされた。性的虐待の体験率の高さを踏まえて、不必要な性的関心を避けるために、自分を守るための方法として無意識的に肥満であろうとする機序があるのではないかと述べている。

さらに、肥満患者は小さい頃に親を喪失した体験や親のアルコール依存などの家族の不適応を多く体験しており、対照群と比較して、より慢性的な抑うつ状態を示した。加えて、アルコールや薬物に対する依存的な傾向も明らかにされた。「抑うつ、過去の性的虐待、過去あるいは現在の家庭生活上の機能不全に関して調査することは、すべての肥満患者の医学的評価に加えられるべきである」という提言は、ACEs 研究でも貫かれている。すなわち、身体疾患に対しても発症・症状に関わる因子として、虐待を含めた幼少期の体験をアセスメントするべきであるという姿勢である。

一方、Anda は CDC に所属し、疫学の研究者として喫煙やアルコール依存、肥満、心臓

血管の健康を含む健康問題の調査に従事していた。Felitti の事例報告を知り、自らの臨床観察と非常に通じるところがあると感じた Anda は、過去の研究の多くが、ある 1 つの虐待タイプを取り上げている、つまり、単因子によって特定の健康問題との関連性を論じる研究構造があるという傾向を見出した。ACEs 研究の共同主任研究者として Felitti と Anda が着任したのは 1993 年のことである。

すでに、第 1 章で概観したように、ACEs 研究が始められる以前から、単因子モデルによる研究で成人期以前の困難な体験が成人期の健康にリスクある行動や疾病との関連性が明らかにされていたし、そのような行動にリスクある行動が身体疾病り患および死亡率に関連していることも明らかになっていた。こうした背景を踏まえて、Felitti は、児童虐待や他の潜在的に有害な成人期以前の困難な体験の経験が、これらのリスク因子の発現に寄与する限り、成人期以前の困難な体験に対する曝露が成人期における疾病のり患率および死亡率の基本的原因として認識されるべきであると主張した。

さらに、Felitti は、児童虐待の長期的影響に関する研究では、これまでに単一のタイプの児童虐待、特に性的虐待が調べられていることが多く、複数のタイプを児童虐待の影響を評価した研究があまりないことを指摘した。加えて、家庭における物質依存や DV、犯罪行為が児童虐待と共起しやすい傾向にあるため、これらの家庭に関する因子も含めて測定することなく検討された長期的な影響は、誤ってある単一のタイプの児童虐待の影響だけに帰せられている可能性があるとした。つまり、複数の因子の累積的な影響は評価されないことになる。そこで、児童虐待と家族の不適応を多因子モデルで扱うことにより、成人期の疾病あるいは健康にリスクある行動に長期的な影響がみられるのかを目的とした ACEs 研究が実施された。

毎年 50,000 人以上の加入者がサンディエゴにある Kaiser's Health Appraisal Center で健康状態を評価するために標準化された医学的、生物学的調査を受ける。この調査を受けに来た人に、ACEs 研究への参加を募った。2 回の調査期間(第 1 回調査期間：1995 年 8 月-

1996年3月、第2回調査期間：1997年6月-10月)が設けられ、最終的には27,000名のうち17,337名(男性：7,970名、女性：9,367名)が研究に参加した。平均年齢は女性55歳(SD=15.5)、男性57歳(SD=14.5)であった。成人期以前の困難な体験と身体疾病(虚血性心疾患、ガン、脳卒中、慢性気管支炎または肺気腫、糖尿病、肝炎または黄疸、骨折)に関するデータが収集された。さらに、米国のり患率および死亡率に寄与する重大なリスク因子として、喫煙、重度の肥満(BMIが35以上)、運動不足、抑うつ、自殺未遂、アルコール依存、薬物依存、50名以上の性的なパートナー、性感染症のり患歴が調べられた。

曝露因子として設定されたACEsは、18歳以前の虐待(身体的、心理的、性的虐待)と家族の不適応(親の離婚・別居、家族の精神疾患、家族の物質依存、母親に対する暴力、家族の服役)によって構成された。これら因子に加え、第2回の調査期間でのみ、心理的ネグレクトと身体的ネグレクトのデータも収集されている。ACEsを測定するために用いられたACEs Study questionnairesは、身体的虐待および心理的虐待と母親に対する暴力についてConflicts Tactics Scale(CTS)から、性的虐待についてはWyatt⁽¹²³⁾の定義を用いている。また、ネグレクトについてはChildhood Trauma Questionnaire(CTQ)を適用し、物質依存については1988年に実施されたNational Health Interview Surveyに合わせている。虐待・ネグレクトの頻度について“never”“once or twice”“sometimes”“often”“very often”の5段階で評価する。ただし、性的虐待に関しては養育に不適切な家庭環境と同様に“yes”と回答した場合に体験ありと評価している。CDCによるACEsを構成する各カテゴリの定義を、著者が和訳したものを表1として示した。

表1 ACEカテゴリ

カテゴリ		定義
虐待	心理的虐待	罵られる、侮辱される、けなされる、怖がらせるような行動あるいは怪我をするかもしれない行動をとられる
	身体的虐待	押される、つかまれる、殴られる、叩かれる、物を投げられる、痕がつくほど、あるいは怪我をするくらいぶたれる
	性的虐待	性的に触るあるいははなでまわす、相手の体を性的に触らせる、性交しようとする、あるいは性交される
	心理的ネグレクト ※1	自分が重要あるいは特別だと感じさせるような誰かが家族にいた、愛されていたと感じる、家族はお互いに気にかけていた、家族はお互いを近い存在として感じていた、自分にとって家族は強さとサポート源である ※2
	身体的ネグレクト ※1	世話をする人、守ってくれる人がいた、必要な時に専門家のもとへ連れて行ってくれた ※2 十分に食べることができた、汚れた服を着ていた、世話をするには親は飲みすぎ、あるいはハイになっていた
家族の機能不全	離婚・別居	親が離婚あるいは別居した
	精神疾患・自殺企図	抑うつあるいは精神疾患をわずらっていた、あるいは家族が自殺企図した
	物質依存	家族にアルコールあるいは違法薬物による問題があった
	服役	家族が刑務所へ行った
	母親(あるいは継母)に対する暴力	父親(あるいは継父)、母親の恋人によって、母親(あるいは継母)が、押される、殴られる、ひっぱたかれる、物を投げつけられる、けられる、かまれる、硬いものでたたかれる、少なくとも数分にわたって繰り返し殴られる、刃物や銃で脅されたり傷つけられる

※1 Wave2の期間でのみ収集

※2 反転項目

※ CDC Injury prevention & Control: Division of Violence Prevention “About the CDC-Kiser ACEs Study” (<https://www.cdc.gov/violenceprevention/ACEsstudy/about.html>)を和訳

全体の 64%が ACEs を少なくとも 1 つ以上体験したと報告し、複数の ACEs を体験した者は 38%であった。Dong ら⁽¹²⁴⁾によれば、ACEs が 1 つある場合、他の ACEs が併存している割合は 8 割を超えるという。これら結果からは、成人期以前の困難な体験を経験していること自体が珍しいことではないことが分かる。

ACEs カテゴリ別でみた場合、最も頻度の高い体験は身体的虐待(28.3%)、次いで家族の物質依存(26.9%)、親の別居・離婚(23.3%)となった。反対に最も頻度の低い体験は家族の服役(4.7%)であった。男女別でみた場合、女性は家族の物質依存が 29.5%と最も高く、男性の

場合は身体的虐待(29.9%)であった。児童虐待だけに着目した場合には、男性は身体的虐待を受けている割合が多く、女性の場合には性的虐待が最も多かった。

ACEs 研究の目的である身体疾病および身体疾病り患のリスク因子として知られている健康にリスクある行動との関連性については、一貫して統計的に有意な関連がみられた。また、ACEs が累積しているほどにリスクが増した。詳しく研究結果をみると、例えば、現在の喫煙習慣は ACEs が 1 つある場合にはオッズ比は 1.1(95%CI=0.9-1.4)だが、ACEs が 4 つ以上あると 2.2 になった。特に、ACEs が 4 つ以上ある場合のリスクは、ACEs がない人と比較して、それぞれのオッズ比は重度の肥満 1.6(95%CI=1.2-2.1)、運動不足 1.3(95%CI=1.1-1.6)、抑うつ 4.6(95%CI=3.8-5.6)、自殺企図 12.2(95%CI=8.5-17.5)、違法薬物依存 4.7(95%CI=3.7-6.0)、50 名以上との性交渉 3.2(95%CI=2.1-5.1)、性感染症 2.5(95%CI=1.9-3.2)と報告されていた。また、当時の米国における死亡の主たる原因となる身体的疾病と関連性がみられ、ACEs のない人と比べると、ACEs が 1 つでもある場合にオッズ比は 0.9-1.6 と報告された。さらに、ACEs が 4 つ以上累積していると、そのリスクはさらに高まることが示された。

ACEs 研究の重要な知見は、主に 4 つにまとめることができる。まず、1 つ目に、ACEs は珍しい体験ではないことである。2 つ目は、ACEs の併存性の高さである。さらに、3 つ目として、ACEs は健康にリスクある行動や疾病と関連性がみられた。4 つ目に、その関連性は、ACEs が蓄積しているほど、健康にリスクある行動や疾病のリスクが増加するという量反応関係を示すことである。

なぜ ACEs と身体疾病と健康にリスクある行動に関連性がみられるのか、Felitti は ACEs ピラミッド(図 1)を用いて説明している。ACEs ピラミッドとは、「ACEs」を底辺、「早期死亡」を頂点に置いたピラミッド型の図であり、ACEs による影響がどのような段階を経て早死へとつながっていくかを図示したものである。これによれば、ACEs を体験することによって、まず認知面や情緒面に対してネガティブな影響が与えられる。その影響は、健康にリ

スクある行動を選択する傾向を高めることへとつながり、やがて病気や社会的問題を抱える。そして、結果として早期死亡につながるという。

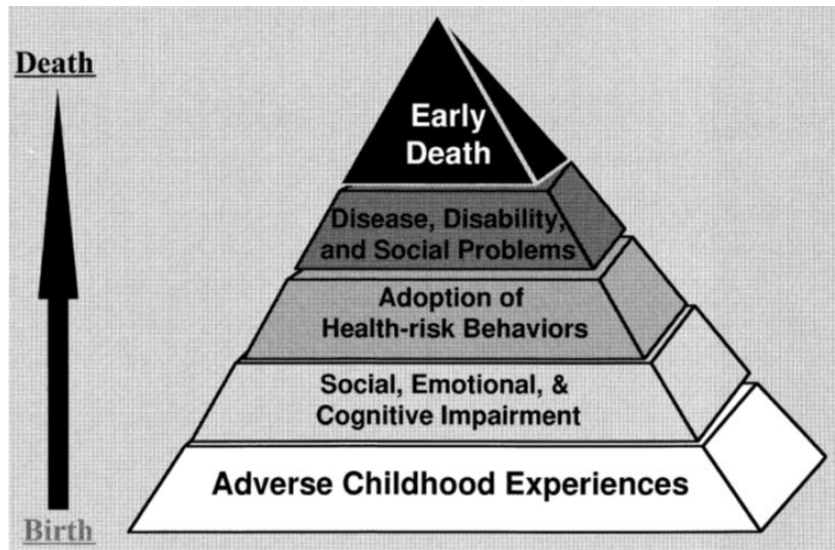


図1 1998年当時のACEピラミッド

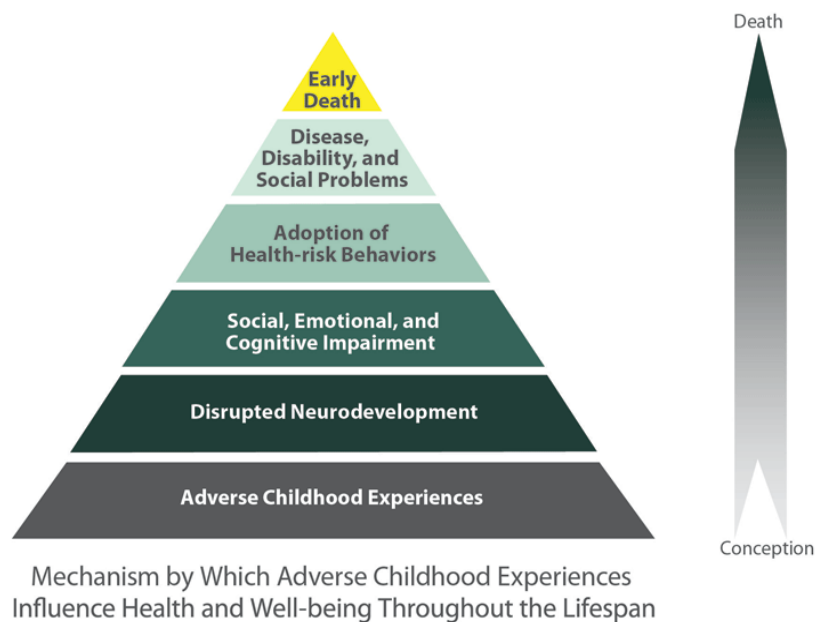


図2 ACEピラミッド

1998年に発表された ACEs ピラミッドは、現在、図 2 のように変更されている。これは、例えば、ACEs を体験した後に脳容量が低下する等の、ACEs が脳に与えるネガティブな影響に関する知見の蓄積を背景に改変された。最新の知見を組み込んだ ACEs ピラミッドは、初期の ACEs ピラミッドにはなかった神経生物学的な損傷の段階が新たに加えられている。この新しい ACEs ピラミッドによれば、ACEs によって神経生物学的な損傷が起き、認知面や情緒面に対するネガティブな影響が生じることになる。

数多くの疫学研究によって、人を死に至らしめる可能性を持つ疾病のリスク因子として、例えば肥満のような疾病や喫煙のような健康にリスクある行動が知られていた。ACEs は、こうした疾病や行動が現れる背景に、児童虐待や家族の不適応が、潜在的リスク因子として存在しているかもしれないという臨床観察から発展した。ACEs 研究の大きな目的は、この臨床的な知見を、疫学的手法を用いて科学的に明らかにし、成人期以前の困難な体験をリスク因子として確立させることにあった。人の死に関連するリスク要因の追求という点では、ACEs 研究は伝統的な疫学研究であると言える。しかし、これまであまり注目が向けられなかった子どもの養育環境を曝露因子として設定した点が新しいのである。

第 2 項 Childhood Adversity : CA(幼少期の困難)

第 1 項では、ACEs 研究の成り立ちと最初の報告について述べた。ACEs 研究が報告されるより前に、成人期以前の体験を複数扱って疫学的な調査を進めたのは、疫学者の Kessler である。Kessler は、アメリカの National Comorbidity Survey(NCS)の主任研究者であり、World Health Organization(WHO)によって行われている World Mental Health Survey(WMH : 一般住民の精神疾患、物質依存、行動障害に関する調査)の中心的な研究者でもある。Kessler は成人期以前の困難な体験を Childhood Adversities(CA)と総称して用

いている。本項では、主に CA に関する初期の研究について述べる。

Kessler は、最初に、成人期以前の困難な体験とうつ病との関連に注目した。Kessler は、これまでの研究で、精神疾患患者のサンプルでも、一般住民のサンプルでも、母親によるケアの乏しさ、親との死別や離別、家族の混乱や暴力、親の精神疾患、親の物質依存に曝された成人は、高い確率で精神疾患に罹患する傾向が確認されており、これら因子が成人期における抑うつ症状の強い予測因子であると示されてきたにもかかわらず、これら因子を複数扱って、その共同効果や比較効果をみた研究がほとんどないことを指摘した。Kessler は以前より、心理的苦痛はストレスに対する脆弱性を持つ個人に、様々な環境的ストレス状況への曝露が作用した結果であると捉えていた⁽¹²⁵⁾。さらに、この脆弱性はたった 1 つの、または少数の決定因子によって決められているわけではなく、脆弱性は気質的な因子と環境的な因子の両方が非常に複雑な様相を成しているものと考えていた。

そこで、これまでに成人期の抑うつに関連すると明らかにされてきた因子を複数含めて CA という呼称を用いて、成人期以前の困難な体験を多因子モデルで捉えた場合に、どのような結果が得られるのか検証した。それは、Felitti が肥満患者の事例報告を発表した年と同じ 1993 年に、「Childhood adversities and adult depression : basic patterns of association in a US national survey」と題して発表されている⁽¹²⁶⁾。ミシガン大学で実施された American's Changing Lives(ACL)という縦断研究に参加した 3,617 名のデータを用いて、CA と成人期のうつ病との関連性について検討したものである。

この調査で扱われた CA は、16 歳以前の家族の飲酒の問題(Drinking)、家族の精神疾患(Mental illness)、暴力的な家族(Violence)、親の婚姻関係の問題(Parental marital problem)、親の離婚(Parental divorce)、母親／父親の死(Mother／Father death)、親しい大人の不在(Not close to an adult)の 8 つが扱われた。この調査項目は、現在実施されている NCS や WMH で報告されている CA とは項目が異なっている。児童虐待は、この時点では因子として含まれていない。「暴力的な家族」という因子が、それに近いように見えるが、これは

「家族に暴力的な人はいたか?」「それは誰か?」と尋ねたものである。

結果として、16 歳以前の家族の飲酒の問題、家族の精神疾患、暴力的な家族、親の婚姻関係の問題、親の離婚の 5 つが現在のうつ病と関連しており、対照群と比較してリスクが 1.4-2.6 倍になることが示された。さらに、うつ病初発年齢が 20 歳までの群と 20 歳以降の 2 群比較では、飲酒の問題、家族の精神疾患、暴力的な家族、親の婚姻関係の問題、母親／父親の死、親しい大人の不在が有意に早期発症を予測した。この 5 つの因子のうち、暴力的な家族と母親の死は 20 歳以降のうつ病発症も予測していたことから、この 2 つの因子が他と比べて強い衝撃を与えるかもしれないと考察している。暴力的な家族については、うつ病再発の予測因子でもあった。

翌年には、Kessler は、同データをさらに分析し、幼少期に複数の家族あるいはきょうだいやからの暴力がうつ病の強力な予測因子であるとともに、家庭の経済状況が幼少期の暴力と相互作用があるとした。その論文では、家族の暴力に関する長期的な影響の多くが、親による暴力を取り上げていたため、Kessler⁽¹²⁷⁾ はきょうだいの暴力の方が強い予測因子であったことを重要な知見と述べた。

CA とうつ病の関連性が初めて報告された 4 年後の 1997 年には、1990－1992 年の間に実施された最初の NCS のデータ 5,877 名を対象とした報告が発表されている⁽¹²⁸⁾。この調査では、CA はより広範囲になって、喪失体験、親の精神疾患、対人トラウマ、その他の 4 カテゴリー、サブカテゴリを含めると 26 項目が調べられた。また、うつ病だけでなく、気分障害(大うつ病、躁病、気分変調症)、不安障害(パニック障害、全般性不安障害、恐怖症、広場恐怖)、依存症(アルコール／薬物乱用あるいは依存)、行為障害、反社会性パーソナリティ障害との関連性が検討され、こちらも範囲を広げてアウトカムが多因子になっている。この調査では、対象者の 3/4 が少なくとも 1 つは CA があったと報告し、さらに半数以上の対象者が複数の CA を報告した。

CA は精神疾患発症と一貫して関連しており、発症に対する持続的な予測因子であること

が示された。ただし、二変量で示された効果量は、他の CA や併存疾患、人口統計学的な因子を含めた多変量解析では減少することが示されており、CA が併存しやすいことと、精神疾患自体も併存しやすいことを考慮した検討が必要であると述べた。

サブカテゴリは異なるが、現在の WMH で扱われている CA⁽¹²⁹⁾は、対人喪失、親の不適応、児童虐待、その他の 4 カテゴリで構成されており、この調査が原型となっている。WMH は、WHO がコーディネートしている Assessment, Classification, and Epidemiology(ACEs)Group のプロジェクトで、28 か国が参加している。WMH は CA の体験率に関する報告のほか、精神疾患の有病率をはじめとする人の心身の健康に関わる問題などが検討されている。各国で CA に関する調査が実施されており、これら結果については次節で記述する。

第 3 項 poly victimization (多重被害)

ACEs、CA 以外にも、児童虐待を含めた複数の困難な体験の長期的な影響を明らかにする立場から提唱されている概念がある。それは、被害学から発展した poly victimization という概念である。本項では、poly victimization の概念が登場する背景と主な研究結果を述べる。

poly victimization の提唱者は、1970 年代後半から児童虐待や家庭内暴力の問題を調査してきた社会学者の David Finkelhor である。Finkelhor によれば、特に研究においては、性的虐待やドメスティックバイオレンス(DV)のような特定の脅威に着目する傾向があるという。Finkelhor は、殺人や誘拐のような刑事犯罪だけでなく、児童虐待やネグレクトのような家庭内の不適切な養育、きょうだい間や 12 歳までの子ども同士の暴力のような非刑事犯罪を含めた多様な被害に関する知識を統合する学問分野として Developmental

Victimology(発達被害者学)を打ち立てた⁽¹³⁰⁾。poly victimization は、これまでの先行研究がどのような被害なのか分類することに焦点を当てたことに対し、被害の蓄積という観点から被害を捉えることを目指したものである。

poly victimization を測る質問紙として、Finkelhor は Juvenile Victimization Questionnaire(JVQ)を開発した⁽¹³¹⁾。この質問紙は、窃盗犯罪、身体的暴力、虐待、きょうだい・友人からの被害、目撃・間接的な被害、性的被害の6つのカテゴリ、全34種類の被害について尋ねるものである。Finkelhor は、JVQ を用いて 2-17 歳の子どもと保護者 2030 名の調査を実施し、過去1年間に1つでも被害に遭った子どもの7割以上が、他の被害にも遭っていることを明らかにした⁽¹³¹⁾。また、4-6 つのタイプの被害があった軽度多重被害は 15%、7 つ以上のタイプの被害があった重度多重被害は 7%と報告された。poly victimization にはアフリカ系アメリカ人、経済状態が貧困である、一人親世帯などの特定の人口統計学的特徴がみられた。さらに、多重被害は、PTSD や ADHD、抑うつなどの子どもの精神健康上の問題と関連しており、被害の長期的な影響が示唆された。

2008 年には、米国少年司法非行防止局(OJJDP)と CDC が共同で、0-17 歳の子どもを対象とした poly victimization に関する大規模な調査を実施している⁽¹³²⁾。調査に参加した 0-17 歳の子どもの 38.7%が過去1年間に1つ以上の被害に遭っていることが示された。加えて、被害を受けた子どものうち、3分の2に複数の被害体験がみられた。さらに、軽度多重被害に該当する5つ以上の被害を体験していた子どもは 10.9%、対象者の 1.4%が重度多重被害と区分される 10 以上の被害体験を報告した。これまでの先行研究と同じく、被害に対する脆弱性が確認され、不安、うつ、怒り、PTSD などの症状が高まる傾向が見出された。

このように、子どもの被害を総合的な視点に立って捉えることにより、被害が重複しやすいことが明らかにされた。多種の被害に曝されている子どもは、さらなる被害に対して脆弱性を持つ。また、多重被害に遭っている場合には、単一の被害に遭っている場合よりも、深刻なダメージを受けることが示されている。

Finkelhor は、子どもの被害が細分化して捉えられることの問題点をいくつか挙げている。まず、この傾向のもとでは、子どもの被害の深刻さと複雑さが見逃される。また、その子どもにとって、何が最優先に対応すべき最も深刻なダメージを与えている被害かを見誤る可能性があり、非効率的な対応になってしまうことがあり得る。さらに、被害の影響の大きさに関する認識を薄めてしまう。よって、単一の被害だけに注目し、その他の被害を見逃すことは、子どものみならず社会全体に不利益をもたらすものであり、子どもの被害に対する総合的な視点を持つべきであると警鐘をならした。

子どもは大人に比べて犯罪被害に遭いやすい存在である。Finkelhor によれば、子どもは自分の行動に対する判断やコントロールが未発達な状態であるという。知識も経験も少なく、リスクアセスメントが大人よりも未熟である。また、被害者が成人である場合は深刻な暴力とみなされるはずの行為が、子どもが被害者である場合に軽視されやすい傾向を指摘している。例えば、同じ年齢層の子どもによる暴力や兄弟間の暴力などである。これは被害の深刻さを曇らせるものであり、社会が被害の深刻さに関する認識を深め、厳罰化を求める姿勢がなければ子どもの被害が軽減しないと述べている。さらに、誰とかわりを持つか自分で選ぶことが難しい点が挙げられている。誰と住むか、どの学校に通うかなど、自身を取り巻く環境調整を自力で進めるには限界があり、明らかに逆境的な環境であっても、その場所ですべて生きていく以外の選択の余地は少ない。

多重被害と同様、多様なカテゴリの被害に対する曝露を調査した研究はいくつかあり、例えば、Higgins⁽¹³³⁾は性的虐待、身体的虐待、心理的虐待、ネグレクト、DV の目撃のいずれか、あるいは複数の併存を **multi-type maltreatment** という用語を用いた。また、Turner⁽¹³⁴⁾は、幅広い数々の潜在的なトラウマティックイベントを指数とし、蓄積された生涯にわたるトラウマ体験に対して **cumulative adversity** という用語で捉えた。これら研究には方法論の違いが存在するが、多様なカテゴリの被害への曝露が一般的であり、単一のカテゴリの被害に曝露しているよりも、心理的苦痛と強い関連性が示された点が共通している。

第 4 項 3 つの相違点と類似点

第 1 項から第 3 項までに、多因子モデルによって成人期以前の困難な体験を捉えた研究と概念について整理した。第 1 節の目的に沿って、本項では、まず、ACEs、CA、poly victimization の 3 つの相違点と類似点を整理する。その上で、第 1 章で示された知見を踏まえ、改めて、成人期以前の困難な体験を多因子モデルで捉えることの意義について考察する。

まず、ACEs、CA、poly victimization は、何が違うのかを整理したい。大きな前提の違いとしては、ACEs、CA は成人期以前の困難な体験を個人の“体験”として捉えるが、Poly victimization の場合は“被害”として捉えるため、損害や危害を受けるという意味が内包されている。また、ACEs、CA は成人期以前の体験が成人期の健康にどう影響を与えるかに着目したのに対し、poly victimization は 2-17 歳の子どもにどう影響するかに着目している。その後、すべての研究が子ども・青年期・成人期と対象を広げているが、最初に注目した対象には違いがあった。

研究が実施された当初に設定されたアウトカムも異なる。ACEs は、主に身体的な健康と健康にリスクある行動との関連性に着目した。CA は、精神的な健康との関連性に着目しており、poly victimization は子どもの再被害と被害後に起きる精神的な健康との関連性に着目した点が異なる。また、成人期以前の困難な体験を構成する因子が異なっている。各因子を表 2 に示した。

表2 ACE、CA、poly victimの項目

ACE 虐待	CA 虐待	Poly Victim 虐待
心理的虐待		心理的虐待
身体的虐待	身体的虐待	(保護者による)身体的虐待
性的虐待	性的虐待	
ネグレクト		
心理的ネグレクト	ネグレクト	ネグレクト
身体的ネグレクト		
		親権妨害や家族による誘拐
		性被害
		知っている大人による性的暴行
		知らない大人による性的暴行
		同じ年頃の子どもによる性的暴行
		強姦・強姦未遂
		性的な露出への暴露
		セクシャルハラスメント
		性非行
家族の不適応	親の不適応	目撃・間接的な被害
精神疾患	精神疾患	
物質依存	物質依存	
服役	犯罪	
母親に対する暴力	暴力	DV目撃
	対人関係の喪失	
親の離婚・別居	親の離婚	
	親の死	
	その他の接触喪失	
	その他	
	重篤な身体疾患	
	家族の経済的困難	
		きょうだいに対する身体的虐待の目撃
		暴行の目撃(武器あり)
		暴行の目撃(武器なし)
		家庭が盗難に遭う
		家族や友人が殺害される
		殺人の目撃
		銃撃、テロ、暴動への暴露
		戦争、民族紛争への暴露
		犯罪
		強盗
		盗難
		荒らし行為
		武器による暴行
		武器なしによる暴行
		暴行未遂
		誘拐・誘拐未遂
		偏見による攻撃(例:肌の色・宗教)
		同級生・きょうだいからの被害
		集団暴行
		同級生・きょうだいの攻撃
		いじめ
		からかい・感情的ないじめ
		生殖器に対する攻撃
		恋人による暴力

表中の太字表記はカテゴリ名にあたる。ACEs は CDC ホームページに記載されている ACEs 項目を、CA は Kessler ら⁽¹²⁹⁾、poly victimization は JVQ を参照し、筆者が和訳したものである。含められている内容に違いがみられるが、3 つとも、大きなカテゴリとして児童虐待が成人期以前の困難な体験を構成している因子として採用されている。ACEs と CA は、主に家庭内で起きる体験が多くを占めていることが分かる。poly victimization は、その概念成立の背景からみても、家庭内の被害、家庭外の被害とは区分されておらず、ACEs や CA よりも扱われている因子が広範囲となっている。

ACEs、CA は疫学研究であるが、poly victimization は被害者学の研究である。疫学は、「明確に規定された人間集団の中で出現する健康関連のいろいろな事象の頻度と分布およびそれらに影響を与える要因を明らかにして、健康関連の諸問題に対する有効な対策樹立に役立てるための科学」⁽¹³⁵⁾である。poly victimization は被害者学を背景に成り立っており、被害者学では、実証的犯罪学の伝統を受け継ぎ、被害率の調査や犯罪被害を予測する因子等の研究が行われてきた。基本的にその関心は「被害を受ける人とはどんな人か」という問いにあると言ってもよい。しかし、3 人の研究者は、どれも研究結果を社会政策に反映させようとする働きを重視していることは共通である。

この 3 研究の大きな共通点は、曝露因子としての成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱った点である。また、それらの研究が従来の研究領域に新しい視点をもたらしたことも共通している。従来の被害者学では、犯罪は典型的には家庭の外で起きるものであり、家庭内で起きる被害が法的あるいは社会的に“被害”として扱われにくい傾向があった。これに疑問を投げかける姿勢が Finkelhor にはある。つまり、加害者が見知らぬ人や保護者、同じ年頃の子どもであっても、刑事犯罪や家庭内の暴力、子ども同士の暴力どれであっても等しく子どもにとって被害であるという子どもの側からの視点を打ち出すことが重要だった。発達被害者学という新しい学問体系を提示したことからも、そのことは明らかだろう。何よりも個人特性、家庭環境、親の特性、地域環境など様々な因子が交絡して発生する被害

は連鎖しやすいものであって、子どもを取り巻く問題を総合的に捉えようとすることに重きを置いている。

特定の被害に着目することが、複合的に発生する子どもの被害という本来の姿を見えづらくさせ、その後に起きる問題を総合的に捉えることを難しくさせるという *poly victimization* の姿勢は、ACEs や CA の研究にも共通している。CA の出発点も、精神的な健康に対する影響が、そもそも単因子のみの影響で評価されることへの疑問があり、多因子による評価という視点は、単因子による評価が多かった過去の先行研究に対する方法論上の批判でもあった。Felitti⁽¹²¹⁾も、家族の物質依存や DV、犯罪行為が虐待と同時発生しやすく、これら家庭環境に関する因子も含めた累積的影響の評価をしない場合に、導かれた長期的な影響は誤っている可能性があるとして述べている。

成人期以前の困難な体験を複合的な視点で捉え、その累積的な影響に着目した点は、単因子モデルで成人期以前の困難な体験を扱った研究との大きな違いである。人の身に起きている実際の事象は複雑で、1つの原因で起きるわけではない。特に、体験の累積という観点は、多因子モデルの研究において重要な視点である。

研究結果が類似している点も興味深い。ACEs 研究の最新のデータでは、成人期以前の困難な体験を 1 つでも体験している人の割合は 63.9%と示された⁽¹³⁶⁾。対象者の半数以上に、成人期以前の困難な体験がみられたのである。また、成人期以前の困難な体験が 1 つ以上あると回答した人のうち、約 60%に体験の累積がみられた。

また、CA の体験率は、次のように報告されている⁽¹²⁹⁾。この調査では、経済水準によって高・中・低の 3 群に国が分けられている。経済水準が高い国としてベルギー・フランス・ドイツ・イスラエル・イタリア・日本・オランダ・スペイン・アメリカ、中程度の国として、ブラジル・ブルガリア・レバノン・メキシコ・ルーマニア・南アフリカ、低い国としてコロンビア・インド・イラク・ナイジェリア・中国・ウクライナが参加した。日本も含まれる経済水準高群で、1 つでも成人期以前の困難な体験があったと報告した割合は 38.4%、中群は

38.9%、低群は 39.1%であった。さらに、成人期以前の困難な体験があったと報告した対象者のうち、2 つ以上累積がみられたのは 59.3-66.2%であり、すべての群で一貫して累積することが一般的であったと指摘されている。最も一般的な成人期以前の困難な体験は親の死(11.0-14.8%)、次いで身体的虐待(5.3-10.8%)、親の精神疾患(5.3-6.7%)であった。

研究によって成人期以前の困難な体験の項目や使用された質問紙などの調査方法が異なる。そのため、成人期以前の困難な体験の体験率が一般群において、どの程度なのかを評価することが難しい点がある。しかし、成人期以前の困難な体験は珍しいことではなく、累積しやすいという結果が一貫して得られている。

詳細については、次節で触れるが、成人期以前の困難な体験は、人格形成への影響や精神健康上の問題、学業成績、非行などの反社会的行動と強い関連がみられ、このような影響は成人期においても確認されている。こうした経験をすることが人の健康・生活に悪影響を及ぼし、さらに、困難が重なるほどに影響が深刻なものになっていくという結果も共通して得られている。また、成人期以前の困難な体験が、子どもの正常な発達を妨げると結論付けている点も共通している。

第 2 節 成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱った研究

第 1 節では、多因子モデルで成人期以前の困難な体験を扱った大型の研究を取り上げ、成人期以前の困難な体験を多因子モデルで捉えることの意義について考察した。これらは端的に言えば、成人期以前の困難な体験が人の心身の健康に関する問題を包括的に捉える試みであり、その影響を“正しく”評価しようとした場合、単因子モデルよりも多因子モデルの方がより適切であるという考え方のもとに成り立っていた。

本節では、第 1 節で紹介した研究も含めて、多因子モデルで成人期以前の困難な体験を

扱った研究に限定して、人の心身の健康に対してどのような関連があると明らかにされてきたのかについて概観する。本節は、身体的な健康と精神的な健康との関連性の 2 つで構成されている。身体的な健康との関連性については、身体疾病および健康にリスクある行動の 2 つに分かれており、精神的な健康との関連性については、一般住民を対象とした研究および精神疾患患者を対象とした臨床群の研究の 2 つに分かれている。さらに、日本における多因子モデルの研究を概観する。

第 1 項 身体的な健康との関連性

1. 身体的疾病との関連性について

Felitti ら⁽¹²¹⁾の報告によれば、成人期以前の困難な体験は、虚血性心疾患、ガン、脳卒中、慢性気管支炎または肺気腫、糖尿病、肝炎または黄疸、骨折の病歴と関連性がみられた。また、成人期以前の困難な体験が多いほどに、これら疾病罹患のリスクが高まることが明らかにされた。例えば、慢性気管支炎あるいは肺気腫は、成人期以前の困難な体験が 1 つあるとオッズ比は 1.6(95%CI=1.2-2.1)だが、3 つではオッズ比は 2.2(95%CI=1.4-3.3)、4 つ以上になるとオッズ比は 3.9(95%CI=2.6-5.8)に増大すると報告された。

このような知見は、他の研究でも得られている。Brown ら⁽¹³⁷⁾は ACEs 研究に参加した 17,337 名のうち、2005 年までの間に肺がんで入院(64 名)あるいは死亡(111 名)した事例を検討している。病歴は入院記録および死亡因に関する公的記録によって収集された。成人期以前の困難な体験が 6 つ以上累積している場合におおよそ 13 歳早く死亡していることが示された。また、成人期以前の困難な体験が 6 つ以上重なると、体験のない人に比べて肺がんのリスクが高まった。しかし、喫煙行動も考慮すると、このリスクは大幅な減少を見せた。

そもそも喫煙行動と成人期以前の困難な体験は強い関連性がみられており、成人期以前の困難な体験によって喫煙行動のリスクが増加し、結果として肺がんのような喫煙に関連する疾病のリスクも増加するのではないかと考えられている。

Holman ら⁽¹³⁸⁾のシステマティックレビューによれば、成人期以前の困難な体験のうち、特に児童虐待の被害が、多様ながんのリスクと関連することが示されている。様々な形態の成人期以前の困難な体験は、がんになり患するリスクを増加させる可能性があるとし唆された。この関連性を促進させるメカニズムを理解し、長期的な健康に対する成人期以前の困難な体験の影響を予防し緩和する方略を確立するためには、さらなる研究が必要と結んでいる。

成人期以前の困難な体験は、身体の痛みとの関連も報告されており、例えば性的暴行と頭痛との関連性や⁽¹³⁹⁾や虐待歴のある人に慢性疼痛が多い⁽¹⁴⁰⁾と言われている。WMH のデータの一部を用いて、ベルギー、コロンビア、フランス、ドイツ、イタリア、日本、メキシコ、オランダ、スペイン、アメリカ 10 か国、計 16,555 名を解析し、成人期以前の困難な体験と成人期の頭痛との関連性が検討された⁽¹⁴¹⁾。この研究では、過去 12 ヶ月間のひどい頭痛を尋ねている。成人期以前の困難な体験が 1 つあるとオッズ比は 1.4(95%CI=1.22-1.60)と示されたが、3 つ以上になるとオッズ比は 1.6(95%CI=1.37-1.95)となり、体験が累積するほど頭痛のリスクが高まる傾向がみられた。疎外などの社会的困難による苦痛は、身体的な痛みが原因による苦痛が起きている時と同じような脳領域の活性化がみられる⁽¹⁴²⁾との指摘もあり、こうしたメカニズムもあって成人期以前の困難な体験と痛みには関連性がみられるのかもしれない。

また、アメリカで実施された Behavioral Risk Factor Surveillance Survey(BRFSS)のデータを用いた 53,998 名を対象とした研究でも、身体疾患との関連性が指摘されている。その調査によれば、成人期以前の困難な体験が累積していると糖尿病、心筋梗塞、冠状動脈性心臓病、骨折、喘息、身体障害り患の可能性が高まることが指摘された⁽¹⁴³⁾。成人期以前の

困難な体験の防止は、成人のり患率および死亡率の主要な原因の緩和に重要であると述べている。他にも、カナダで実施された 9,953 名の調査でも、成人期以前の困難な体験があると、成人期に複合的な健康問題を抱える可能性や緊急治療室を利用する傾向が高まるといふ⁽¹⁴⁴⁾。Chatier ら⁽¹⁴⁴⁾は、成人期以前の困難な体験が長期間にわたる健康問題に対するリスク因子であり、こういった体験に曝されている子どもをいち早く発見し、家庭単位での支援が必要であると述べている。

2. 健康にリスクある行動との関連性について

Dube ら⁽¹⁴⁵⁾は、8,613 名を対象に成人期以前の困難な体験と違法薬物使用および依存、非経口薬物使用について検討している。成人期以前の困難な体験があると、違法薬物使用し始める年齢が若年化する傾向がみられ、対照群と比較して違法薬物使用および依存、非経口薬物使用のリスクが高いことが指摘された。また、このリスクは成人期以前の困難な体験が累積しているほどに増加した。この傾向は、特に早期青年期にみられていた。成人期以前の困難な体験に曝されている子どもは無力感や混沌とした気持ちを抱えていたり、自己コントロールに問題が生じている可能性があるため、このような情緒的痛みや不安から即時的に逃れる手段として違法薬物を使用するのかもしれないという。Debe らは、青年期および成人期においても、成人期以前の困難な体験があると違法薬物使用開始のリスクが増加することを受けて、違法薬物に対する脆弱性は成人期以前の困難な体験の強力な長期的な影響と考えた。

このような物質使用に関する行動として、他に喫煙も挙げられる。9,215名を対象とした調査では、成人期以前の困難な体験が、14歳以下での喫煙開始や1日に20本以上の喫煙行動とに強い関連性がみられている⁽¹⁴⁶⁾。成人期以前の困難な体験が累積していると、リ

リスクが増大することも明らかにされた。例えば、喫煙開始年齢の若年化に対するリスクは成人期以前の困難な体験が2つあるとオッズ比は2.2(95%CI=1.7-2.7)だが、4つ累積しているとオッズ比は3.5(95%CI=2.6-4.6)と上昇した。先に挙げたDubeら⁽¹⁴⁵⁾と同じく、Andaら⁽¹⁴⁶⁾もストレスに対するコーピングとしての喫煙行動の可能性を指摘している。親の物質依存という因子の影響を取り除いても、統計的に強い関連性がみられたことを踏まえると、喫煙行動は遺伝的な影響や親の喫煙行動のモデル学習によって出現しているとは限らない。喫煙は感情調整のためにニコチンを使用している可能性があり、成人期以前の困難な体験によるネガティブな感情的、神経生物学的、社会的影響に対する薬理的なコーピングという見方を提示している。

さらに、喫煙に関連する疾病あるいは症状を抱えている 7,483 名の成人期以前の困難な体験と喫煙行動との関連性を検討したところ、喫煙が禁忌の疾病(心臓病・慢性肺疾患・糖尿病)、その他の疾病(慢性気管支炎・慢性の咳・息切れ)があっても成人期以前の困難な体験があると喫煙率が高いことが明らかにされた⁽¹⁴⁷⁾。さらに、体験が累積しているほどに喫煙のリスクが高まることが示された。体験が累積しているほど喫煙率が高い傾向は、男性よりも女性に多くみられた。

また、喫煙行動と抑うつが関連することが知られており、現在の抑うつを調整因子として解析した結果では喫煙リスクが下がった。例えば、成人期以前の困難な体験が 4 つ以上あるとオッズ比は 1.69(95%CI=1.34-2.13)だが、抑うつという因子も考慮すると 1.52(95%CI=1.19-1.92)となった。しかし、成人期以前の困難な体験と喫煙には、有意な関連性がみられたままだったと報告されている。Edwards ら⁽¹⁴⁷⁾も、ニコチンなどの習慣性のある物質の精神状態に影響を及ぼす特性が、一時的に否定的な感情状態を改善する可能性があるため、喫煙行動が幼少期のトラウマに対処する方法として機能しているのかもしれないと述べている。

違法薬物、喫煙だけでなく、飲酒についても報告がある。成人期以前の困難な体験とアル

コール依存との関連性を検討した研究では、両親のアルコールに関する問題の影響も考慮して検討している⁽¹⁴⁸⁾。この調査でも、成人期以前の困難な体験とアルコール依存に関連がみられ、体験が累積しているほどにアルコール依存のリスクが増大した。興味深いことに、この傾向は親のアルコールの問題の有無に関わらずみられたという。親にアルコールの問題がなかったと回答した群でも、成人期以前の困難な体験があると、自己申告によるアルコール依存の傾向が高まり(OR=1.6 95%CI=1.3-2.0)、体験が 4 つ以上累積している場合には、さらにアルコール依存の傾向が強まることが示された(OR=4.4 95%CI=3.3-5.9)。

違法薬物の使用、喫煙、飲酒などの物質に関連する行動は、成人期以前の困難な体験と関連がみられており、体験が累積するほどにこうした行動のリスクが増大するという知見が積み重ねられている。また、成人を対象とした研究だけでなく、1,093 名の高校生を対象とした研究でも、成人期以前の困難な体験があると違法薬物使用のリスクが高まることや、男子の反社会的な行動の現れやすさなどが指摘されている⁽¹⁴⁹⁾。

健康にリスクある行動として、物質使用に関する行動以外にも性化行動についても、いくつか報告がある。性化行動の関連因子として、性的虐待はよく知られている。性的虐待が単独で起きることはめったになく、むしろ、虐待は不適応的な家族機能を含むより幅広い困難という文脈の中で起こる⁽¹⁵⁰⁾という主張のもと実施された 18 歳以上の女性 9,159 名の調査では、成人期以前の困難な体験が累積しているほど、対照群と比べて性交年齢の若年化や性感染症に対する懸念を持つ傾向が高まると指摘された。このような性化行動を起こす背景には、親密な対人関係を得るための試みとしての意味合いを含んでいる可能性があるという。

さらに Hills ら⁽¹⁵¹⁾は 5,060 名 18 歳以上の女性を対象として、成人期以前の困難な体験と青年期の妊娠との関連性を検討している。成人期以前の困難な体験が累積するほどにリスクは増大し、成人期以前の困難な体験が 2 つの場合、オッズ比は 1.8(95%CI=1.5-2.1)、7 つ以上になるとオッズ比は 5.6(95%CI=3.9-8.2)と示された。また、初回妊娠における胎児死

亡のリスクの増加も報告されている。さらに、成人期以前の困難な体験がある群は、ない群に比べて高いストレスを感じており、家族、仕事、経済上の問題をより多く抱え、コントロールするのが難しいと感じる怒りがあることも報告された。この傾向については、若年妊娠が胎児死亡や低体重出産あるいは早産、虐待、貧困のリスクを高め、出生した児は幼少期の行動上の問題が表れやすいと言われているため、成人期以前の困難な体験がない人と比べてより多くの問題を抱えているのではないかという。そもそも、若年妊娠などの性化行動の関連因子として低い教育レベルや物質使用、性的虐待歴などが知られている。この調査では、成人期以前の困難な体験がない人に比べて、1 つでもある場合に有意に青年期に喫煙を開始していることと教育歴が低いことも示された。

第 2 項 精神的な健康との関連性

第 1 項では、成人期以前の困難な体験を多因子モデルで捉えた場合にみられる身体的な健康との関連性について整理した。成人期以前の困難な体験は身体疾病および健康にリスクある行動のリスクを高め、かつ、そのリスクは成人期以前の困難な体験が累積しているほどに上昇することが示された。成人期以前の困難な体験は、精神的な健康との関連についても報告されている。本項では、成人期以前の困難な体験と精神的な健康との関連性について述べる。

1. 精神健康との関連性について

成人期以前の困難な体験は、精神疾患の発症や自殺企図などの精神健康状態と関連することが知られている^(126, 152-156)。まずは、一般住民を対象とした研究で、どのような知見が

得られているのか述べる。

疫学研究でもその関連性が一貫して見出されており⁽¹⁵⁷⁻¹⁵⁹⁾、本章第 1 節第 2 項で挙げた Kessler ら⁽¹²⁹⁾による、World Mental Health Survey(WHM)では、21 か国 51,945 名の成人期以前の困難な体験の体験率と Common Mental Disorder(CMD)発症との関連性が検討された。成人期以前の困難な体験の体験率は 38.4-39.1%であった。また、全体の半数以上が成人期以前の困難な体験の累積が示されており(59.3-66.2%)、成人期以前の困難な体験の並存率の高さは、この調査でも支持されている。神疾患発症のリスクが成人期以前の困難な体験によって高まることが明らかにされ、早期発見と早期介入の必要性が言われた。オランダでも同様の結果が得られ、Cuijpers ら⁽¹⁶⁰⁾も、成人期以前の困難な体験が CMD という観点における公衆衛生上の重要な問題であり、対応が優先されるべき問題と主張した。

このような調査からは、成人期以前の困難な体験の長期的な影響として、成人期におけるネガティブな精神健康状態との関連性が一貫して示されていることが分かる。また、60 歳以上の成人 8,051 名の老人性うつ病を検討した調査でも、同様の関連性が示されており⁽¹⁶¹⁾、成人期以前の困難な体験の超長期的な影響を示唆する結果も存在している。成人期以前の困難な体験が精神疾患発症の直接的な原因ではないにしろ、人生を通して精神健康に関する問題と関連している⁽¹⁶²⁾。このような体験に関わる個人の負担を減らすために、人の精神的な健康に関する政策や予防プログラムは、成人期以前の困難な体験と精神的な健康との関連が考慮されるべきである⁽¹⁶³⁾。

精神疾患発症については、前章からの繰り返しになるが、遺伝的な影響が発症要因としてまず挙げられる。しかし、8,629 名を対象とした Chapman ら⁽¹⁶⁴⁾の調査のように、成人期以前の困難な体験とうつ病との関連性が、親の精神疾患という因子による効果を取り除いた後でも統計的に有意な関連性を示したとの報告もある。これは、成人期以前の困難な体験が、遺伝的な影響と独立した因子として精神疾患発症に関連している可能性を示すものである。

また、幻覚や妄想などのいわゆる精神病症状に着目した研究でも、成人期以前の困難な体験との関連性が示されている。例えば、アイルランドで実施された 13-16 歳の 1,112 名を対象とした調査では、身体的暴行といじめが精神病体験を予測することが明らかにされた⁽¹⁶⁵⁾。ベースラインから 3 か月後と 6 か月後の計 3 回調査を実施し、こうした体験が深刻であるほどに精神病体験を経験する傾向が高まることが見出された。成人期以前の困難な体験が累積するほどに、精神病体験が増すという報告は、他の研究結果でも示されている⁽¹⁶⁶⁾。しかし、3 ヶ月後よりも 6 ヶ月後時点でのいじめの頻度が減少していた場合、3 ヶ月後時点の精神病体験が 6 ヶ月時点で減退することも見出された。これは、成人期以前の困難な体験が精神病体験の発現に関わる原因である可能性よりも、成人期以前の困難な体験に対する反応としての精神病体験が発現している可能性が高いと考えられる。よって、これら研究結果に従えば、成人期以前の困難な体験は、精神病体験のリスク因子として位置づけられるものである。

ここでの精神病とは、いわゆる統合失調症ではなく、妄想、幻覚という精神病症状に規定される症候群ないし状態像を指している。例えば、イギリスの **Adult Psychiatric Morbidity Survey** では、幼少期に性被害に遭った場合、成人期における幻覚症状の増加に関連していたと報告されている⁽¹⁶⁷⁾。同様に、5,874 名に対する調査でも、身体的虐待が後の精神病を予測するものであり、特に男性においては、性的暴行の被害が強い予測因子となることが示された⁽¹⁶⁸⁾。206 名の精神疾患に罹患していない若者を対象とした調査では、児童虐待やいじめが精神病様症状および妄想症状と関連することが見出された⁽¹⁶⁹⁾。加えて、社会的ストレス要因に対する反応としての精神病様症状および妄想症状を悪化させることも示された。これは、成人期以前の困難な体験への曝露が、現実を歪めて捉える経験に関与するというメカニズムが存在することを支持する結果である。

ネガティブな精神健康状態をアウトカムとして設定した研究以外にも、例えば、抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬、気分安定剤等の薬剤処方について 15,033 名を追跡調査した結果、

成人期以前の困難な体験の数が多いほど処方率が増加することが明らかにされている。成人期以前の困難な体験が 5 つ以上累積している場合に、成人期以前の困難な体験がない人と比較して処方率が 3 倍であったことが示された。成人期以前の困難な体験の体験率の高さとその影響は、処方に伴う莫大な経済的コストにつながっている⁽¹⁷⁰⁾。こうした観点の調査からも、成人期以前の困難な体験が精神的な健康に関わるネガティブな状態と関連があることが明らかにされている。

2. 精神疾患患者を対象とした成人期以前の困難な体験

先に述べたような一般住民を対象とした研究だけではなく、精神疾患を抱えている群、臨床群を対象とした研究も重ねられている。なお、ここでの精神疾患患者とは、統合失調症や双極性障害、気分障害などを含めて、何らかの精神疾患の診断を受けている者を指す。まずは、精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の体験率について述べる。次に、成人期以前の困難な体験と、症状の重症度や発症年齢などの臨床的変数との関連について、どのような知見が得られているのかを述べる。精神疾患患者を対象とした過去の体験に関する研究においては、特に、その報告の信頼性が議論されることも多い。そこで、精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の報告に対する信頼性について検討した先行研究についても記述する。

2-1. 精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の体験率

精神疾患患者に児童虐待の経験の有無について後ろ向きに尋ねた調査では、一貫して一般群よりも高い虐待体験率が報告されてきた⁽¹⁷¹⁻¹⁷⁴⁾。疾患別に比較した場合には、例えば、大うつ病性障害の患者の方が、統合失調症や双極性障害の患者よりも児童虐待体験の頻度

が高いことや⁽¹⁷⁵⁾、幼少期の性的虐待が双極性障害の患者よりも統合失調症の患者に多い⁽¹⁷⁶⁾とも言われている。

疾患別に比較した場合の報告は様々である。何らかの精神疾患を抱えている者の虐待体験率は、Read ら⁽¹⁷⁷⁾のレビューによれば、児童虐待体験率は 64%であるという。そのうち、性的虐待は 50%、身体的虐待は 44%と報告された。また、2017 名分のメタ分析⁽¹⁷⁸⁾によれば、性的虐待体験率は 26.3% (21.2-32.2%)、身体的虐待率は 38.8% (36.2-42.4%)と報告されている。先に挙げた Kessler ら⁽¹²⁹⁾ の調査では性的虐待 1.6%(0.6-2.4%)、身体的虐待 8.0%(5.3-10.8%)であり、虐待体験率は、一般住民よりも相対的に高い。一般群と臨床群の虐待体験率について CTQ を用いて比較した調査では、一般住民 447 名の体験率は 36.5%、統合失調症・統合失調感情障害の患者 184 名の体験率は 50.9%であり、一般群よりも体験率が高いという結果が得られている⁽¹⁷⁹⁾。

また、児童虐待以外の体験も含めた多因子モデルによる成人期以前の困難な体験を測定した場合でも、その体験率の高さが示されている。例えば、外来通院中の精神疾患患者 183 名を対象とした調査では、89.2%が 1 つ以上の成人期以前の困難な体験を報告した。同じく、177 名の精神疾患患者を対象とした研究でも、およそ 9 割の対象者が成人期以前の困難な体験を報告している⁽¹⁸⁰⁾。さらに、この調査では、63%が体験の累積を報告しており、一般群で報告されている体験の累積率よりも高いことが示された。成人期以前の困難な体験の累積が一般群よりも高いことは、いくつかの研究で言及されており^(166, 181, 182)、一般群と比較して体験率が高く、その累積率も高いことが一貫して示されている。

2-2. 臨床的変数との関連性について

精神疾患は一般群と比較して、成人期以前の困難な体験の体験率と体験の累積率が高い

傾向にあることが示されてきた。これは、成人期以前の困難な体験が精神疾患発症のリスク因子であるという知見を踏まえると、理にかなった結果に思われる。それでは、成人期以前の困難な体験が、その症状などに関連しているのだろうか。症状の重症化や発症年齢の若年化、自殺企図や陽性症状を特徴とした精神病症状などの臨床的変数に対する関連性を検討した研究も積み重ねられている。

Rössler ら⁽¹⁸³⁾は精神病患者 335 名を 30 年間にわたって追跡し、SCL-90-R およびインタビューによって査定された精神症状の変化を検討している。結果として、成人期以前の困難な体験がある群に、症状の有意な増加がみられた。さらに、体験が累積しているほど症状が増加する傾向も明らかにされた。同様の結果は、他の縦断研究でも示されている。例えば、1993 年から 2013 年の 10 年間、幼少期あるいは青年期に精神疾患を発症した 75 名の入院患者を追跡したところ、成人期以前の困難な体験と入院期間の長期化に有意な関連がみられた⁽¹⁸⁴⁾。また、社会的機能の低さ⁽¹⁸⁵⁾や治療コンプライアンスの低さ⁽¹⁸⁶⁾、GAF によって査定された全般的な機能の低さ⁽¹⁸⁷⁾との関連性なども明らかにされている。さらに、成人期以前の困難な体験があると統合失調症の診断が 4.1 年早まるとも言われている⁽¹⁸⁸⁾。発症年齢の若年化については、132 名を対象とした Li ら⁽¹⁸⁹⁾によっても報告されており、成人期以前の困難な体験と発症年齢が低くなることとの関連性が示されている。

急性期病棟に入院した 12-17 歳の患者 508 名を対象にした研究では、成人期以前の困難な体験が自傷行為や自殺企図と関連することが示された⁽¹⁹⁰⁾。自殺を完遂した患者も含めて検討しており、成人期以前の困難な体験が自殺による死亡と関連することも明らかにされた。特に性的虐待を受けた女子は自傷行為および自殺企図が多い。また、102 名を対象とした調査でも、成人期以前の困難な体験と自殺企図の関連が示されている⁽¹⁹¹⁾。Roseberg ら⁽¹⁹²⁾は 569 名の精神疾患患者を対象に、成人期以前の困難な体験の累積とネガティブな身体的な健康、特に HIV 感染との強い関連性が示され、またホームレスや犯罪行為とも関連が示された。同様の知見は Lu ら⁽¹⁹³⁾によっても明らかにされており、成人期以前の困難な

体験が累積している場合に、初回入院年齢の若年化や自殺企図、医療サービス利用の増加、物質依存との関連性が報告された。前項で述べた通り、このような関連性は一般群にもみられているが、精神疾患患者を対象とした調査でも同様の知見が得られている。

さらに、性的暴行を受けた患者には重篤な解離症状もみられることも報告されている。Muenzenmaier ら⁽¹⁹⁴⁾によれば、成人期以前の困難な体験の累積は解離症状や心的外傷後ストレス障害(PTSD)、および精神病症状などの症状を幅広く示すような複雑なトラウマ反応をもたらす可能性があるという。Anda ら⁽¹⁴⁶⁾によれば、精神疾患患者の PTSD 罹患率は 42-3%から 48%の範囲で報告されている。成人期以前の困難な体験と PTSD の関連については、一般群(1,004 名)を対象とした調査でも指摘されていた⁽¹⁹⁵⁾。精神病患者 426 名の調査では幼少期の困難な体験の体験率は 68.5%であり、約 3 割が複数の体験を報告した。このようなトラウマ体験に曝露した時期が若い場合、PTSD 診断は 2.5 倍となった⁽¹⁹⁶⁾。統合失調症を含む外来患者の調査では、現在症の PTSD 診断がついた患者は 39.4%であり、カルテ上の記録よりも高いことから、精神病患者の PTSD 診断が見逃されやすい現状を指摘する研究もある⁽¹⁹⁷⁾。Spideli ら⁽¹⁹⁸⁾ は、精神病のサブタイプとトラウマの結果を区別すべきであるとし、トラウマティックな出来事が精神病エピソードを早ませる可能性を指摘した。

成人期以前の困難な体験が重い精神症状に関連しているというエビデンスも得られている⁽¹⁹⁹⁻²⁰³⁾。例えば、SCID で査定された統合失調症初発群 83 名、精神病超ハイリスク群 41 名、対照群 69 名の 3 群、計 193 名を対象に、成人期以前の困難な体験と精神症状の関連性が検討されている⁽²⁰⁴⁾。研究方法を詳しく述べると、精神症状は Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)、Scale for the Assessment of Negative Symptoms(SANS)、Scale for the Assessment of Positive Symptoms(SAPS)によって査定された。この調査では、成人期以前の困難な体験と陽性症状とに有意な関連性が示されている。また、どちらの疾患群も成人期以前の困難な体験は精神症状の重症度に対して関連がみられ、さらに、体験が累積している場合には症状が重症化する傾向もみられた。

このような成人期以前の困難な体験は幻覚や妄想のような陽性症状を呈する精神病症状との関連は、他の研究でも指摘されている^(201, 202, 205)。精神疾患患者を対象とした研究のメタ分析によれば、成人期以前の困難な体験は精神病症状のリスク因子であり、成人期以前の困難な体験がない人と比べて、オッズ比は 2.78⁽²⁰⁶⁾から 3.60⁽²⁰⁷⁾だったことが報告されている。Muenzenmaier ら⁽¹⁹⁴⁾は 184 名を対象に、SCID で査定された妄想と幻覚の症状が、成人期以前の困難な体験と関連するかを検討した。結果として、成人期以前の困難な体験を経験している患者は、そうでない患者と比較して、幻覚および妄想の症状を呈するリスクが 1.2 倍になることが明らかにされた。加えて、これまでの研究と同じく、成人期以前の困難な体験が累積するほどに、こうした症状を多く呈すという関係性が示されている。また、幻覚症状を呈している患者で成人期以前の困難な体験がある群 36 名と、同じく幻覚症状を呈している患者で成人期以前の困難な体験のない群 31 名を比較した Longden⁽²⁰⁸⁾の研究でも、成人期以前の困難な体験は幻覚体験を繰り返し体験することと有意な関連性がみられた。

2-3. 精神疾患患者の体験の報告に関する信頼性

先に述べたような研究の多くは、対象者に過去の体験を想起してもらうという方法で実施されている。一般群を対象とした場合でも、想起バイアスが限界点として指摘される。精神疾患患者を対象とした場合でも、体験後からの体験報告までの時間経過を考慮すれば同様の想起バイアスが存在する。しかし、特に精神病症状を伴う精神疾患を含めた精神疾患患者を対象とした場合には、例えば報告が妄想のような症状の影響を受けているのではないかなど、報告の信頼性について一般群とは少し色合いが異なった疑問が持たれる側面があるだろう。精神疾患患者の報告は、信頼性が低いのだろうか。

Fisher ら⁽²⁰⁹⁾は、16-64 歳の初発精神病患者 64 名を対象に、成人期以前の困難な体験の

報告の信頼性を検討している。成人期以前の困難な体験を査定したベースラインから 7 年後に再度、成人期以前の困難な体験を聴取し、カルテの記録と比較するという方法で実施された。結果、カルテ記録と良い収束的妥当性が示され、患者の体験に関する報告が 7 年を過ぎても安定していたことが示された。

例えば中国でも、182 名の統合失調症患者を対象として、成人期以前の困難な体験の報告の信頼性が検討されている。報告一致率には、カッパ係数(κ)が用いられた。ベースラインから 4 週間後に再評価したところ、ベースラインの報告との一致率は $\kappa=0.7$ であり、高い一致率が示された⁽²¹⁰⁾。同じ方法で、132 名の双極性障害患者を対象とした調査でも、 $\kappa=0.8$ と一致率の高さが示された⁽¹⁸⁹⁾。

このように精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の報告が、時間が経過している場合でも一定程度の信頼性がみられることは 1980 年代から示されており^(177, 211)、その信頼性は一般群と同程度であるという⁽¹⁷⁶⁾。Goodman ら⁽²¹²⁾は、精神疾患患者 50 名に対して、ベースラインとベースラインから 2 週間後の 2 回インタビューを行っているが、成人期以前の困難な体験の報告に関して、男女ともに高い一貫性がみられている。同じ方法でインタビューした大学生の一致率と比較すると、その信頼性はどちらも同等だったことが明らかになっている⁽¹⁷¹⁾。

信頼性自体に対する議論の他にも、精神疾患患者は過去の体験を過大に報告しやすいのではないかという議論もあった。数は少ないが、この点について検証した研究がいくつかある。例えば、女性入院患者 92 名の成人期以前の困難な体験の自己報告と、一定の形式に沿ったインテーク面接のカルテ記録を比べたところ、インテーク面接時には成人期以前の困難な体験が過少報告されやすいという結果が得られた⁽²¹³⁾。成人期以前の困難な体験を後ろ向きに報告を求めた場合に、過少報告されやすい傾向は一般群でも指摘されているが⁽²¹⁴⁾、Read ら⁽¹⁷⁷⁾は精神疾患患者の場合でも同様の傾向がみられるとした。

Hardt⁽²¹⁵⁾は 1980 年から 2001 年までに出版された精神疾患患者の過去の体験に関する

後ろ向き報告の信頼性を量的にアセスメントした研究のレビューを行い、過大報告は稀であると結論付けた。また、後ろ向きの報告を求めるという方法論上の限界点として想起バイアスは存在しているものの、後ろ向きの報告をもとにした症例対照研究の結果が無効になるほどではないと述べた。先に挙げた 7 年後も報告に一定程度の信頼性があることを示した Fisher ら⁽²⁰⁹⁾も過大評価について言及している。それによれば、精神症状が活発になって脱抑制が起きている場合、成人期以前の困難な体験に関する患者の情報開示は過大なものになる可能性も否定できないという。加えて、過少報告に関しては、患者による後ろ向きの報告は否認、解離、抑圧あるいはその体験を普通だと思っていることなどが影響している可能性もあり、治療者は繰り返しアセスメントをするよう提言している。

以上のように、精神疾患患者の過去の体験に関する報告には一定程度の信頼性があることが示されている。確かにこれら結果は、特に幻覚や妄想のような陽性症状を呈している患者の報告が、信頼できる回答ではないことを明確に表しているとは言い切れない。しかし、成人期以前の困難な体験が精神的な健康に影響を与えることが示されている以上、臨床的には、本人の主観的な報告を評価する姿勢も重視されるはずである。

第 3 節 日本における成人期以前の困難な体験と精神的健康に関する研究

前項では、海外で成人期以前の困難な体験と精神的な健康に関してどのような知見が得られているのかについて述べた。本項では、日本で行われた成人期以前の困難な体験を多因子モデルによって精神的な健康を検討した研究について述べる。

松浦⁽²¹⁶⁾は成人期以前の困難な体験と発達上の問題との関連性を検討している。これは、日本において成人期以前の困難な体験について多因子モデルを用いて精神的な健康を検討した最初の研究である。成人期以前の困難な体験と非行との関連性が海外の先行研究によ

って指摘されている点に着目し、女子少年院在院(70名)と一般女子高校生(404名)を対象に検討したものである。まず、成人期以前の困難な体験の体験率および体験の累積に有意な差がみられ、女子少年院生の方が高いことが示された。松浦は成人期以前の困難な体験が4つ以上を「相当深刻な状態」とし、対照群は0.5%であったのに対し、女子少年院生は12%であり、有意に深刻な状態に置かれている者が多いとした。

さらに、虐待に着目すると対照群と比較して身体的虐待は約40倍、心理的虐待で約8倍、ネグレクトは約14倍危険度が高かったことが明らかにされた。また、LD得点、不注意得点、多動衝動性得点のいずれも、成人期以前の困難な体験の累積と高い関連性が指摘された。つまり、成人期以前の困難な体験が累積していると、これら得点が高くなり、発達上の問題をより多く示すという結果である。さらに Matuura ら⁽²¹⁷⁾は、91名の女子少年院生を対象に、バス・ペリー攻撃性質問紙(Buss-Perry Aggression Questionnaire : BAQ)によって査定された攻撃性と成人期以前の困難な体験が有意に関連していることを明らかにした。

同じく、松浦ら⁽²¹⁸⁾は、少年院に在院している男子(412名)と一般男子高校生(347名)の成人期以前の困難な体験を比較検討した調査も報告している。対照群が成人期以前の困難な体験がなかったと回答した者が9割であったのに対し、少年院生が3割を超えていた。さらに、対照群に成人期以前の困難な体験が4つ以上累積していた者が1%未満であったのに対し、少年院生には約16%存在していた。この調査でも、少年院生の成人期以前の困難な体験の体験率および累積の高さが示された。

現在、日本で最も大規模な研究は、Fujiwara ら⁽²¹⁹⁾の調査である。World Mental Health Japan に参加した1,722名のデータを用いて成人期以前の困難な体験と精神疾患発症の関連性を検討した。成人期以前の困難な体験を31.9%が報告し、そのうちおよそ4割に体験の累積がみられた。結果として、成人期以前の困難な体験が幼少期の精神疾患発症に関連しており、成人期以前の困難な体験が累積しているほどに、精神疾患発症のリスクが高まることが示された。Fujiwara らは、精神疾患発症に対する予測因子としてのグローバルマー

カーとしての成人期以前の困難な体験は、日本においても有効な予測因子であると述べた。さらに、この調査で得られた精神疾患発症に対する成人期以前の困難な体験の OR 推定値は、アメリカで得られた結果と類似しているという。

欧米諸国と比較した際の日本の特異性としては、体験の累積という観点ではなく、個々の成人期以前の困難な体験の精神疾患発症との関連性という観点からデータをながめた時に、親の精神疾患と家庭内暴力のみが多変量モデルにおいても有意であった点である。欧米諸国の結果では、多変量モデルにおいても、個々の成人期以前の困難な体験は、それぞれ精神疾患発症と有意な関連性が示されている。Fujiwara ら⁽²¹⁹⁾は、そもそもこの調査において扱われた成人期以前の困難な体験の体験数が少ないことが影響している可能性があり、さらに成人期以前の困難な体験の併存性の高さが影響している可能性があるとした。つまり、もともと報告された体験数が少ないため、ある 1 つのタイプの成人期以前の困難な体験があっても精神疾患を発症していない対象者が 1 人でもいると、それが統計的に欧米諸国と違う結果をもたらした可能性がある。また、Fujiwara らは、精神疾患発症に対しては体験の有無よりも、体験が累積することの方が、精神疾患発症に寄与しているかもしれないと述べている。

また、25-50 歳の成人 3,292 名を対象にした調査でも、成人期以前の困難な体験が K6 によって査定された精神的な健康状態の悪さと関連していることが示された⁽²²⁰⁾。Nakai ら⁽²²¹⁾も一般群を対象に、成人期以前の困難な体験とうつ症状との関連性を検討している。この調査では、気質を介した成人期以前の困難な体験によるストレスが抑うつ症状に影響を与えることが示され、最近のライフストレスよりも強い影響を与えられていると指摘された。最近では、保護施設で暮らす 9-18 歳の 342 名を対象に、成人期以前の困難な体験と抑うつ症状との関連性が検討されている⁽²²²⁾。成人期以前の困難な体験の報告は、ケアワーカーによって回答されたものである。結果として、成人期以前の困難な体験と抑うつ症状との関連性が、回避的および不安定な愛着スタイルと低い自尊感情が媒介することが示された。

しかし、日本での報告は海外に比べると、その数は少ない。精神疾患患者を対象とした研究はさらに少なく、判田ら⁽²²³⁾によって、564名の心療内科外来初診患者を対象に成人期以前の困難な体験とうつ、不安との関連性の報告があるが、成人期以前の困難な体験は身体的虐待のみが尋ねられており単因子モデルの研究である。この調査では、身体的虐待歴のある患者は有意に不安が高く、自傷行為が多いと指摘された。判田は精神疾患において被虐待歴の有無の把握は病態の理解と治療方針を立てる上で重要と述べた。

筆者が調べた限りでは成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱い、精神疾患患者を対象とした調査は見当たらなかった。一般群を対象とした調査では、ネガティブな精神的な健康との関連性が示されており、さらに体験が累積しているほどによりネガティブな状態になることが国内外の研究によって一貫して示されている。精神疾患患者を対象とした調査を日本でも実施し、成人期以前の困難な体験との関連性を検討することは意義がある。

第4節 まとめ

本項では、第1項から第3項までのまとめを述べる。成人期以前の困難な体験は、身体的疾病および健康にリスクある行動やネガティブな精神的な健康との関連が一貫して示された。49,000名を対象とした研究でも、成人期以前の困難な体験が過食、飲酒、喫煙、HIV感染を高めるような性的行動、糖尿病、心筋梗塞、冠状動脈性心疾患、脳卒中、うつ病のような幅広い人の心身の健康状態のリスク上昇と関連していることが示された⁽²²⁴⁾。こうした結果は、多くの国で確かめられており、近年ではブラジル⁽²²⁵⁾やサウジアラビア⁽²²⁶⁾でも調査が実施されている。

さらに、精神疾患患者を対象とした研究では、一般群と比較して、成人期以前の困難な体験の体験率が高く、さらに体験が累積している場合が多い。また、成人期以前の困難な体験

は精神疾患の発症のみならず、症状の重症化や発症年齢の若年化、精神病体験のリスク因子であることが示されていた。

Felitti ら⁽¹²¹⁾は成人期以前の困難な体験と早期死亡とのつながりに対して 2 つの仮説を立てている。早期死亡とは、平均寿命よりも早くに死亡することを指している。1 つは、慢性的な高コルチゾール症や慢性的なストレスがかかることによって病気を発症し、やがてそれが早期死亡につながるというものである。もう 1 つは、成人期以前の困難な体験によって起きた情緒的、社会的苦痛に対する多様なコーピング機能としての過食や喫煙、薬物使用やリスクある性的行動の結果として病気を発症して、早期死亡につながるというものである。Felitti は後者を ACEs ピラミッドとして提示していた(第 2 章 第 1 節 第 1 項)。近年の脳画像研究の知見を反映した最新の ACEs ピラミッドに従えば、成人期以前の困難な体験が脳機能に損傷を与えることによって、不適切なコーピング行動が起きると考えられる。例えば、児童虐待のようなトラウマ体験が快楽や報酬を感じたり、衝動をコントロールする側坐核にネガティブな影響を与えることが分かっており、それは依存という不適応なコーピングが繰り返される理由の 1 つなのかもしれない。

早期死亡につながる仮説を支持する報告としては、例えば 2013 年に報告されたイギリスの出生コホート調査がある⁽²²⁷⁾。1958 年生まれの男女 15,221 名の 50 歳以前での死亡を調査し、成人期以前の困難な体験が 2 つ以上ある場合に 50 歳以前の死亡率が高くなると明らかにした。この調査では、成人期以前の困難な体験を「子どもの周辺環境における慢性的なストレス反応を引き起こすような家庭内の出来事あるいは状況、これらには虐待の概念および社会的規範からの逸脱が含まれる」と定義している。成人期以前の困難な体験が早死と関連性がみられたことに対して、人生早期の重大なストレスが生物学的システムの変容を引き起こし、健康に関するネガティブな結果が生み出されたのだらうと結論付けている。

成人期以前の困難な体験は、例えば、ホームレス⁽²²⁸⁾や学業成績の低下⁽²²⁹⁾の関連因子でもあるが、同時に、これらは貧困に関連がみられている因子でもある。また、7,272 名を対象

とした調査では、1 つでも成人期以前の困難な体験があると成人期に性被害に遭う確率が高まり、体験が累積しているほどその傾向が強まることが報告された⁽²³⁰⁾。特に性的虐待があると、性的虐待のない対象者よりも成人期における性被害に遭いやすくなる (OR=2.37 95%CI=1.9-3.0)。これは心理的虐待、身体的虐待、ネグレクト、家族の精神疾患、家族の服役と比べて最も高かった。poly victimization の研究でも示されているように、このような人生早期の重大なストレスに曝されることは、その後の再被害に遭遇する可能性を高めることが示唆されている。成人期以前の困難な体験と人の心身の健康に対する長期的な関連性には、先に述べたような慢性のストレスや不適応的なコーピング行動の以外にも、再被害への曝露や生活環境全般に対するネガティブな影響が媒介している可能性が高いと考えられる。

加えて、いわゆる精神病を含めた精神疾患発症や症状の重症度等との関連性も示されていた。こうした関連性について、Larson⁽²³¹⁾は、成人期以前の困難な体験がストレスに対する敏感さに関連しているという側面から、最も有名な生物学的レベルでの理論としての視床下部-下垂体-副腎系(HPA)軸の役割を挙げて説明を試みている。つまり、幼少期の重篤なストレスに対する持続的な曝露によって、HPA の活動を鎮めるフィードバックシステムの機能障害が導かれ、さらなるストレスに対する脆弱性が高められるため、精神的な健康に対するネガティブな影響を受けやすいのではないかというものである。

この理論は、虐待を受けた女子の HPA 軸の調節異常を示した研究⁽²³²⁾でも支持されており、このようなストレスに対する過剰な敏感さは、Walker⁽²³³⁾によれば、統合失調症の中核的な特徴でもあるという。さらに、ドーパミンは統合失調症、特に被害妄想との関連が一貫して示されており、脅威に関連する刺激を解釈する知覚的な役割にも関連している⁽²³⁴⁾。虐待を受けていない子どもと比べて、性的虐待を受けた女子はドーパミン代謝が高くなることが示された報告もある⁽²³⁵⁾。

生物学的な観点からは、他にも、幼少期の重大なストレスが、認知や感情をつかさどる脳

構造および機能(海馬、扁桃体、前頭前野)に影響を与えることが示されており⁽³²⁾、動物研究で明らかにもなっている。**Teicher** ら⁽³²⁾は、児童虐待によって、人生の早期に高いレベルのストレスを受けると、脳の発達に対する主要かつ永続的な変化をもたらすことを示した。こうした神経科学的条件の下で、海馬や扁桃体の異常な発達も引き起こされる可能性が示されており、このような大きなストレスによる神経生物学的変化が、精神病を含めた精神疾患のリスクや重症化を増加させる可能性があると言える。

Read ら⁽²³⁶⁾も、成人期以前の困難な体験は、幻覚に対するリスク因子であるという立場を示している。妄想や幻覚を伴うような精神病症状の発現モデルとして、先天的なストレス脆弱性モデルの存在を指摘している。しかし、**Read** は、このモデルが生物学的な遺伝的影響を前提とする側面を有しているため、本当に適切なモデルとは言い切れないという意見を提示した。つまり、児童虐待が脳の神経発達に影響を与え、脳機能の異常を生み出し、後の精神疾患発症につながっているのであるとすれば、遺伝的な影響の前提は必ずしも必要と言えないのではないかという主張である。そこで、**Read** は、児童虐待のような人生早期の重篤なストレスは、ドーパミン伝達が正常に機能しなくなることによって、結果として不完全な情報モニタリングや敵対的態度に受け取りやすいようなバイアスが発生し、後に妄想や幻覚という形をとるようになるという仮説を立てた。さらに、成人期以前の困難な体験後に生じる精神疾患発症のメカニズムには、生物学的な側面と心理社会的な側面を合わせて検討していく必要があると強く主張している。

van Dam ら⁽²³⁷⁾によれば、身体的虐待あるいはいじめにあった人は、周囲に対して過剰に警戒的な傾向が強いという。児童虐待を受けていた子どもは、そうでない子どもと比べて、ネガティブで攻撃的な刺激に注意を向けやすい⁽²³⁸⁾。**Dodge** らによれば、このコーピングシステムは、その後も持続し、社会的情報処理モデルに統合され、他者の意図に対する過剰に敵対的な態度を導くかもしれないという。これが、結果として、攻撃性のような不適切で不適応的な行動をとりやすくなることにつながる可能性がある⁽²³⁹⁾。つまり、児童虐待のよう

なストレスフルな出来事は、人を疑い深くさせる可能性が高い。このような認知の歪みは、成人期以前に強いストレスに曝されることによって引き起こされる脅威に対する敏感さが持続されることで、周囲の刺激に対して敏感になり、かつ、敵対的に受け取りやすくなるため、それが症状につながりやすくなるのではないかという仮説である。

近年では、アタッチメントの質が精神症状と成人期以前の困難な体験を媒介するとも言われている⁽²⁴⁰⁾。早期の愛着経験は、その後の対人関係に影響を与える。例えば、児童虐待を受けた子どもは、不安定な愛着スタイルを持つリスクが高まる。このような愛着スタイルは、他者への不信感をもたらすものである。したがって、妄想性を伴う信念(他者の意図を誤解しやすい、あるいは被害的にとりやすい認知)を持ちやすくなる傾向が高まるとも考えられる⁽²⁴⁰⁾。

どうして成人期以前の困難な体験が精神疾患と関連するのか、そのシステムについては、現在でも明らかになっていない。それは、身体的疾病や健康にリスクある行動についても同様である。しかし、成人期以前の困難な体験が長期間にわたる健康問題に対する関連因子として存在する可能性は極めて高い。

第3章 精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の体験率および臨床的変数との関連性に関する検討

成人期以前の困難な体験に関する先行研究では、精神疾患はよく扱われる因子であるにもかかわらず、国内ではこうした研究の数は少ない。特に、統合失調症患者が多数入院しているような精神科入院患者を対象としたこの領域の研究が進められていない理由として、これまでの常識では特に病態の重いと考えられる患者に対して、こうした体験を尋ねることは病状を悪くするといったような通念があり、研究者の経験上でも過去の困難な体験を尋ねた研究は稀である。

しかし、第2章第2節第2項で概観した先行研究からは、成人期以前の困難な体験は精神疾患発症のリスク因子であることが確かめられている。また、精神疾患患者を対象とした先行研究からは、現在の症状のような臨床的変数との関連性が指摘されている。国内ではこの関連性を検討した研究は見当たらず、そもそも精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の体験率すら明らかにされていない。本調査を実施することで、体験率を明らかにし、さらに臨床的変数との関連性を明らかにすることは、今後のこの領域における研究のさらなる発展と、得られた研究結果を臨床実践に還元する上で意義があると考えられる。

しかし、本調査のように精神科入院患者を対象とした調査の場合、対象者は長い病歴の中で様々な体験を経験している集団であり、困難な体験と臨床的指標との関連性には複雑な因子が交絡している可能性が高く、後方視的研究の結果の信頼性については限界がある。また、一般群よりも明らかに病態が重い集団であり、調査実施における安全性について十分に考慮することが求められる。

安全性の考慮という観点では、外来患者を対象とした調査ももちろん考えられるが、今回は協力施設である病院側との協議の上、担当医師の理解を得ながら、調査実施前後に患者の状態が把握しやすく、有害事象の確認と即時の対応がしやすい閉鎖病棟の入院患者を対象

とすることにした。

本調査実施にあたり、例えば BPRS などの構造化面接による症状評価も計画したが、調査にかかる時間を含めた対象者の負担を考慮し、まずはこうした体験を尋ねる調査を安全に実施することを優先して使用しなかった。よって、本調査では、カルテから正確なデータ収集が可能な初診年齢と初回入院年齢を主要なアウトカムとして設定した。初診年齢や初回入院年齢については、第 2 章第 2 節第 2 項で概観した通り、これまでの先行研究でも取り扱われている指標である。これらは、こうした体験が症状の重症化や精神疾患の早期発症に関連することを示す 1 つの重要な指標となっている。

なお、本章は日本総合病院精神医学会学会誌『総合病院精神医学』29 巻第 2 号に原著として受理された論文をもとにしており、一部に加筆修正を行った。

第 1 節 目的

第 2 章では、多因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究を概観した。精神疾患患者を対象とした海外の研究では、成人期以前の困難な体験の体験率が高いことや、発症年齢の若年化や症状の重症化などのリスク因子であることが繰り返し報告されていた。しかし、日本ではそもそも成人期以前の困難な体験を多因子で扱ったモデルの研究の数が少なく、精神疾患患者を対象とした研究はみられなかった。そこで、本章では、調査実施時点で精神科病院に入院中の精神疾患患者(精神科入院群)を対象に成人期以前の困難な体験の体験率と発症年齢等の臨床的変数との関連性を検討する。

本調査の目的として、入院中の精神疾患患者の主観的な成人期以前の困難な体験の体験率を調査することを第一の目的とした。さらに、精神科初診年齢を発症時の年齢とみなし、精神科への初回入院の時期が早いことが精神疾患の重症度が高いことを反映していると仮定し、成人期以前の困難な体験の有無および累積と精神科初診年齢・精神科初回入院年齢、教育歴との関連を検討することを第二の目的とした。

本調査は単科の精神科病院の入院患者を対象に行った調査であるが、成人期以前の困難な体験と早期発症傾向、重症度との関連が示されれば、総合病院の精神科における治療方針の決定や予後予測などに関しても、過去の体験を確認することの意義につながると考えられる。

第 2 節 方法および対象

2014 年 7 月から 2015 年 6 月に関東圏内 A 病院に入院中の患者を対象とした。A 病院は病床数 800 床以上で、地域における基幹病院としての役割を果たしている。本調査では調

査協力の得られた病棟に入院している患者を対象とした。調査期間中の入院患者数は 120 名であった。

調査に参加した患者は閉鎖病棟に入院中であり、調査時に隔離、拘束などの行動制限を受けておらず、作業療法に参加するなどしながら薬物療法を中心とした治療を受けている者とした。実施施設は研究者の勤務する病院であり、調査実施以前から研究者は担当医師や病棟スタッフとは面識があった。また、すべての対象者と調査実施時が初対面ではなかった。これは、業務上かかわりがあったというだけではなく、安全に調査を実施することに重点を置き、調査実施前から複数回病棟を訪れて挨拶を交わすなどのコミュニケーションを取ることを意識的に行ったことも理由である。対象者から職種や名前を尋ねられることもあり、病棟で顔を合わせる機会が増えると、天気や病院食に関するような世間話や作業療法で制作した作品を見せて下さる場面も経験するようになった。さらに、「今日は誰を探しているの？」と研究対象者として該当している調査前の患者を探している研究者に声をかけて下さる対象者もいた。こうした関わりは、入院加療が必要な患者を対象とする場合に、調査を安全に実施し完遂していく上で重要であった。

調査実施時の際は、対象者と研究者の 1 対 1 の対面法であり、診察室や面会室などの個室を使用した。なお、同席者はおらず、IC レコーダーによる記録も行っていない。担当医師の許可を得た後、長谷川式認知機能検査(HDS-R)を実施し、HDS-R が 21 点以上の患者に対して、説明文書に沿って口頭で説明し、同意書に署名してもらう形式による同意が得られた者を対象とした。研究説明の際には、研究の目的や方法だけではなく、不参加の場合であっても、これまでと変わらない医療サービスを受けられることや担当医師との関係性に影響は全くないことを丁寧に説明した。

特に、研究者が臨床心理士であり医師でないことを明確に伝えることも心掛けた。研究と治療は別構造であり、調査自体の結果や収集するデータが即座に治療方針に影響を与えることは全くないが、対象者にしてみれば、こうした事は理解しにくいものであったようだ。

「何かまずいことを言って薬が増えたらどうしよう」という不安を述べる対象者も少なからずいた。そのため、担当医師は対象者が特定された形で結果を知りえないことや、研究者は投薬治療のコントロールが独力ではできない立場であることも明らかにする方が、安心して調査にご協力いただくことができた。同じような理由で、「これをやれば退院できるか?」といった質問も対象者の 1 人に尋ねられたことがあり、治療と研究が別物であることを強調することも、調査実施における倫理上、重要な手続きであった。この際、認知症およびてんかんの診断を有している患者は除外した。患者の研究同意能力については担当医師と協議した上で判断した。また、調査内容を理解することが可能で、調査参加に耐えうる程度に病状の安定した者のみを対象とした。

なお、病棟での調査実施に対する協力を得るためと、研究にご協力いただく対象者および病棟全体にとっての利益という点で、本調査の除外基準にあたる認知症やてんかんの主診断を有していても、HDS-R は、担当医師による HDS-R や調査実施許可が得られた 120 名全員に実施している。本調査自体からは少し外れるが、調査実施を終えて、患者の現在の状態把握と今後の治療的な関わり方の検討において、HDS-R の結果は、医師をはじめ看護師、その他コメディカルスタッフと共通理解しやすい臨床的指標の 1 つであったと感じている。また、調査実施の安全性を重視し、慎重に調査を進めるという点からも、HDS-R によるスクリーニングには意味があった。初対面ではないとはいえ、研究者と初めて個室で 2 人きりになるという場面においては、急にインフォームド Consent から始まり過去の体験を尋ねるより、HDS-R 実施することが、短時間ではあるが対象者と研究者、調査自体との距離感に柔らかさを与えるような、いわば準備運動やクッションのような意味合いを兼ねていたと考えられる。

本調査は調査実施機関の許可を得た後、武蔵野大学倫理審査委員会の承認を得て行われた。なお、調査参加によって何らかの有害事象が認められた患者はいなかった。

1. 基本情報

年齢、性別、遺伝的な影響の有無、診断、学歴、職歴についてデータ収集を行った。三親等内に精神疾患に罹患している者がいる場合に、遺伝的な影響ありとした。診断は ICD-10 に準じて行われた主治医による主診断を採択した。また、最後に卒業した学校を最終学歴とした。このほか、臨床的指標として精神科初診年齢、精神科初回入院年齢および入院回数についてカルテおよび口頭によるデータ収集を行った。

2. 主観的な成人期以前の困難な体験

Felitti ら⁽¹²¹⁾の研究に代表される ACEs 研究では、成人期以前の困難な体験は児童虐待および不適切と考えられる養育環境の 2 つに大別される。児童虐待は心理的、身体的、性的虐待の 3 つ、また、不適切と考えられる養育環境の項目は、母親に対するパートナーからの暴力、親の離婚・別居、家族成員のアルコール依存あるいは違法薬物の使用、服役、精神疾患の罹患あるいは自殺企図の 5 つから成っている。

本調査では、海外の成人期以前の困難な体験の項目および国内で実施された成人期以前の困難な体験に焦点を当てた研究の調査項目を参考に作成したチェックリストを用いた。チェックリストは、①親の離婚あるいは別居、②家族成員の精神疾患の罹患あるいは自殺企図、③家族成員のアルコールあるいは違法薬物の問題、④家族成員の服役、⑤配偶者間暴力(母親に対するパートナーからの暴力)、そして⑥心理的虐待、⑦身体的虐待、⑧性的虐待の 8 項目からなる。各体験の有無について「はい」「いいえ」での 2 件法による回答を求めた。なお、本調査では成人期以前を 18 歳以前と定義した上で、成人期以前の困難な体験の有無および累積によって、それぞれ臨床的指標に差がみられるかについて検討した。

また、調査時点での精神症状が過去の体験の記憶早期にどの程度影響を与えるのか明らか

かではないため、本調査実施から 10-14 週後に、成人期以前の困難な体験のみ再調査を行い、想起バイアスを確認することとした。本調査の流れを図 3 に示した。

使用した成人期以前の困難な体験のチェックリストおよびインフォームドコンセントの際に使用した研究説明に関する文書、同意書を添付資料として添付した。

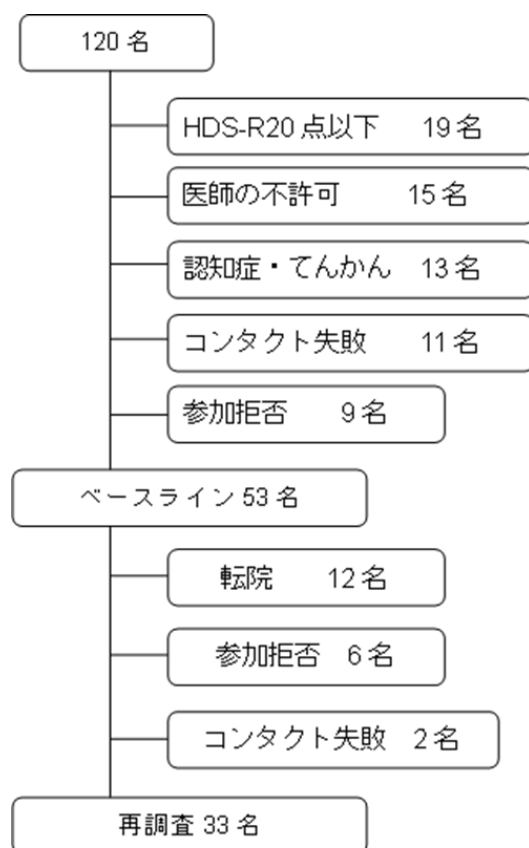


図 3 調査の流れ

3. 分析方法

成人期以前の困難な体験あり群となし群の 2 群比較、および体験数が 1 つのみであった成人期以前の困難な体験の累積なし群と、2 つ以上であった成人期以前の困難な体験累積あ

り群の 2 群比較を行った。教育歴については、高等学校／それ以上の 2 群に分けた。独立変数を成人期以前の困難な体験の有無／累積有無、従属変数を教育歴、中退歴とし Fisher の直接法による検定を行った。また、独立変数を成人期以前の困難な体験の有無／累積有無、従属変数を精神科初診年齢、精神科初回入院年齢とし Mann-Whitney の U 検定(以下、U 検定)を用いて解析を行った。統計解析には SPSS ver.23 を用いた。

第 3 節 結果

調査期間中に入院していた 120 名のうち、認知症・てんかんの診断を有していた 13 名、HDS-R20 点以下であった 19 名、担当医師の許可が得られなかった 15 名、退院によりコンタクトすることができなかった 11 名、参加を拒否した 9 名を除く 53 名について検討を行った。担当医師の許可が得られなかった 15 名は、精神状態の悪化によって保護室を利用している 11 名、担当医師が成人期以前の困難な体験を尋ねることによって病状が悪化する可能性を考慮した 4 名であった。また、想起バイアスに関する再調査については、53 名中 20 名(転院 12 名、参加拒否 6 名、期間内のコンタクト失敗 2 名)を除く 33 名について検討した。

1. 対象者の特徴

対象者の特徴を表 3 に示した。53 名のうち男性 29 名(平均年齢 52.6 歳、年齢最大値 72 歳、年齢最小値 23 歳)、女性 24 名(平均年齢 53.8 歳、年齢最大値 77 歳、年齢最小値 29 歳)であり、平均治療期間は 20.3 年だった。半数以上が入院して 1 年以上が経過しており、18 名(34.0%)が 5 年以上経過していた。また、全体の 14 名(26.4%)が調査時点での入院が精神

科病院への初回入院であったが、対象者の多くは A 病院を含めて複数回入院をしていた。

入院形態は 34 名(64.2%)が任意入院であった。性別による背景要因の差(表 4・表 5)を確認したところ、教育歴に差がみられ、男性は女性に比べて有意に教育歴が長かった(P=0.004 Fisher の直接法)。

表3 対象者の特徴

	男性(n=29)	女性(n=24)	全体 (n=53)
平均年齢(SD)	52.6(12.7)	53.8(13.1)	53.1 (12.8)
遺伝的影響あり	7(24.1%)	10(41.7%)	17(32.1%)
教育歴			
高校卒業	14(48.3%)	21(87.5%)	35(66.0%)
短大・専門学校以上	15(51.7%)	3(12.5%)	18(34.0%)
中退歴あり	8(27.6%)	7(29.2%)	15(28.3%)
職歴あり	27(93.1%)	23(95.8%)	50(94.3%)
平均治療期間年数(SD)	18.1(13.7)	22.9(13.8)	20.3(13.8)
平均入院回数(SD)	4.5(4.9)	4.6(3.9)	4.6(4.5)
現在入院日数	495(120.0–2834.0)	342(123.8–5530.1)	486.0(117.0–3914.8)
入院形態			
任意入院	20(69.0%)	14(58.3%)	34(64.2%)
医療保護入院	9(31.0%)	10(41.7%)	19(35.8%)
初診年齢	25.5(21.5–38.8)	31.0(23.0–44.0)	30.0(22.0–43.0)
初回入院年齢	29.0(24.3–39.5)	36.0(23.0–50.0)	32.0(23.0–45.0)

入院日数・初診年齢・初回入院年齢は中央値(四分位範囲)を示した。

表4 性別による背景要因の差①

	中央値(四分位範囲)		U	P値
	男性 (n=29)	女性 (n=24)		
年齢	53.5(46.3-61.3)	52.0(48.0-63.0)	361.0	0.82
治療期間年数	25.0(12.3-34.3)	17.0(8.0-26.0)	417.0	0.22
入院回数	3.0(1.0-8.0)	2.0(2.0-7.0)	366.5	0.74
現在入院日数	495(120.0-2834.0)	342(123.8-5530.1)	365.5	0.76
初診年齢	25.5(21.5-38.8)	31.0(23.0-44.0)	282.0	0.24
初回入院年齢	29.0(24.3-39.5)	36.0(23.0-50.0)	287.0	0.28

Mann-WhitneyのU検定

表5 性別による背景要因の差②

	n(%)		P値
	男性 (n=29)	女性 (n=24)	
遺伝的影響			
なし	22(75.9%)	14(58.3%)	0.24
あり	7(24.1%)	10(41.7%)	
教育歴			
高校卒業	14(48.3%)	21(87.5%)	P<0.01
短大・専門学校以上	15(51.7%)	3(12.5%)	
中退歴			
なし	21(72.4%)	17(70.8%)	1.00
あり	8(27.6%)	7(29.2%)	
職歴			
なし	2(6.9%)	1(4.2%)	1.00
あり	27(93.1%)	23(95.8%)	
入院形態			
任意	20(69.0%)	14(58.3%)	0.30
医療保護	9(31.0%)	10(41.7%)	

Fisherの直接法 df=1

診断別割合は、ICD-10 の F2 カテゴリにあたる統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害が 36 名(67.9%)と最も多く、次いで F3 気分(感情)障害が 9 名(17.0%)、F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害が 6 名(11.3%)、F4 神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害が 2 名(3.8%)であった。

表 6 の通り、F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害の診断を有する対象者は男

性のみであり、F3 気分(感情)障害の診断を有する対象者は女性のみであった。男女による診断の差があるか確認したところ有意な差が認められた(P=0.03 Fisher の直接法)。そこで、調整残差を確認したところ、F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害に 1.96 以上の差がみられ、男性は女性よりも精神作用物質使用による精神及び行動の障害が多いことが示された。

表6 診断の性差

診断	n(%)	調整残差	n(%)	調整残差
	男性 (n=29)		女性 (n=24)	
診断				
統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害	18(62.1%)	-1.0	18(75.0%)	1.0
気分(感情)障害	5(17.2%)	0.1	4(16.7%)	-0.1
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6(20.7%)	2.4	0(0.0%)	-2.4
神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害	0(0.0%)	-1.6	2(8.3%)	1.6
Fisherの直接法 df=3 P=0.03				

2. 主観的な成人期以前の困難な体験

体験率を表 7 に示した。体験カテゴリ別は複数回答を含めた割合になっている。成人期以前の困難な体験を少なくとも 1 つ以上体験した者が 31 名(58.5%)であった。また、男女とも半数以上が 1 つ以上の成人期以前の困難な体験を報告した(男性：17 名・58.6% 女性：14 名・58.3%)。平均累積数は 1.2(SD=1.4)であった。累積が 2 以上であったのは全体の 17 名(32.1%)であった。男女別にみると男性 8 名(27.6%)、女性 9 名(37.5%)が累積 2 以上であり、性差はみられなかった(P=0.32 Fisher の直接法 df=1)。

体験カテゴリ別では、男性は親の離婚・別居および家族の精神疾患・自殺企図の体験率が最も高く(27.6%)、女性は心理的虐待が最も高かった(33.3%)。男性は女性に比べ、親の離婚・

別居を体験している傾向がみられた(P=0.03 Fisher の直接法)。

表7 成人期以前の困難な体験各カテゴリ別の体験率と成人期以前の困難な体験スコア

	n(%)			
	男性 (n=29)	女性 (n=24)	P値	全体 (n=53)
成人期以前の困難な体験				
親の別居・離婚	8(27.6%)	1(4.2%)	P<0.05	9(17.0%)
家族の精神疾患	8(27.6%)	6(25.0%)	1.00	14(26.4%)
家族の物質依存	2(6.9%)	5(20.8%)	0.22	7(13.2%)
家族の服役	2(6.9%)	0(0.0%)	0.50	2(3.8%)
配偶者間暴力	2(6.9%)	4(16.7%)	0.16	5(9.4%)
心理的虐待	5(17.2%)	8(33.3%)	0.36	14(26.4%)
身体的虐待	3(10.3%)	5(20.8%)	0.44	8(15.1%)
性的虐待	3(10.3%)	2(8.3%)	1.00	5(9.4%)
成人期以前の困難な体験スコア				
0	12(41.4%)	10(41.7%)	1.00	22(41.5%)
1	9(31.0%)	5(20.8%)	0.54	14(26.4%)
2	3(10.3%)	3(12.5%)	1.00	6(11.3%)
3	3(10.3%)	4(16.7%)	0.69	7(13.2%)
4以上	2(6.9%)	2(8.3%)	1.00	4(7.5%)
何らかの体験を有している	17(58.6%)	14(58.3%)	1.00	31(58.5%)
Fisherの直接法 df=1				

ICD-10 の F2 カテゴリにあたる統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害を主診断とする 36 名(男女各 18 名ずつ、平均年齢 52.6 歳、年齢最大値 77 歳、年齢最小値 29 歳)についても検討を行った。成人期以前の困難な体験が 1 つ以上あったと報告した者は 23 名(63.9%)、2 以上あったと報告した者は 12 名(33.4%)だった。累積に関する統計的な性差はみられなかった(P=0.73 Fisher の直接法 df=1)。体験の平均累積数は 1.4(SD=1.5)であった。また、F2 を主診断とする 36 名の成人期以前の困難な体験の各カテゴリ別体験率は、心理

的虐待が 10 名(27.8%)と最も高く、次いで家族の精神疾患・自殺企図 9 名(25.0%)、親の離婚・別居 8 名(22.2%)、身体的虐待 6 名(16.7%)、配偶者間暴力および家族の物質依存がそれぞれ 5 名(13.9%)、性的虐待 4 名(11.1%)、家族の服役 2 名(5.6%)であった。さらに、男女別にみた場合、男性は親の別居・離婚が最も高く 7 名(38.9%)、次いで家族の精神疾患・自殺企図 5 名(27.8%)、心理的虐待 4 名(22.2%)であった。女性の場合は、心理的虐待が最も高く(33.3%)、次いで家族の精神疾患・自殺企図、家族の物質依存、配偶者間暴力、身体的虐待がそれぞれ 4 名(22.2%)であった。

成人期以前の困難な体験の有無によって臨床的指標に差がみられるか検討した結果を表 8・表 9 に示した。体験の有無による背景要因の差はみられなかった。また、成人期以前の困難な体験の有無による診断の分布を表 10 に示した。人数の少なさという限界を踏まええると積極的には述べられないが、体験有無による診断の差は確認されなかった。成人期以前の困難な体験があると初診年齢(U=210.0 P=0.02)および初回入院年齢(U=233.0 P=0.05)が有意に低かった。また学歴は有意に低い(P=0.04 Fisher の直接法 df=1)、中退歴に差はみられなかった(P=0.22 Fisher の直接法 df=1)。

表8 成人期以前の困難な体験の有無による差 ①

	中央値(四分位範囲)		U	P値	効果量
	体験なし (n=22)	体験あり (n=31)			
初診年齢	36.5(26.5-45.5)	25.0(21.0-32.0)	210.0	P<0.05	0.3
初回入院年齢	38.5(28.3-52.8)	28.0(23.0-41.0)	233.0	P<0.05	0.3
背景要因					
年齢	57.5(42.8-66.3)	50.0(47.0-59.0)	280.0	0.27	0.2
治療期間年数	9.0(1.0-34.3)	25.0(16.0-31.0)	445.5	0.06	0.3
入院回数	2.0(1.0-7.0)	3.0(2.0-8.0)	445.0	0.06	0.3
現在入院日数	530.1(157.0-3151.0)	235.0(52.0-4115.0)	299.0	0.45	0.1

Mann-WhitneyのU検定 効果量はPearsonの相関係数

表9 成人期以前の困難な体験の有無による差 ②

	n(%)		P値	効果量
	体験なし (n=22)	体験あり (n=31)		
教育歴				
高校卒業	11(50.0%)	24(77.4%)	P<0.05	0.3
短大・専門学校以上	11(50.0%)	7(22.6%)		
中退歴				
なし	18(81.8%)	20(64.5%)	0.22	0.2
あり	4(18.2%)	11(35.5%)		
背景要因				
性別				
男性	12(54.5%)	17(54.8%)	1.00	0.0
女性	10(45.5%)	14(45.2%)		
遺伝的影響				
なし	1(4.5%)	18(58.1%)	0.08	0.3
あり	21(95.5%)	13(41.9%)		
職歴				
なし	1(4.5%)	2(6.5%)	1.00	0.0
あり	21(95.5%)	29(93.5%)		
Fisherの直接法	df=1	効果量はφ 係数		

表10 成人期以前の困難な体験の有無による診断の分布

診断	n(%)	調整残差	n(%)	調整残差
	体験なし(n=22)		体験あり(n=31)	
統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害	13(36.1%)	-1.2	23(63.9%)	1.2
気分(感情)障害	5(55.6%)	0.9	4(44.4%)	-0.9
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	3(50.0%)	0.4	3(50.0%)	-0.4
神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害	1(50.0%)	0.2	1(50.0%)	-0.2
Fisherの直接法 df=3 P=0.72				

体験の有無による診断の差はみられなかったものの、表 6 に示した通り、診断には性差が確認されたため、成人期以前の困難な体験の有無による臨床的指標との関連性について性別によって層別化した上での検討も行った。男性のみの結果を表 11・表 12、女性を表 13・表 14 に示した。

結果として、男女ともに体験の有無による背景要因の差はみられなかった。男性では体験の有無による差はみられなかったものの、女性では体験があると有意に初診年齢(U=29.5 P=0.02)および初回入院年齢(U=34.5 P=0.04)が低くなる傾向が確認された。

表11 男性の成人期以前の困難な体験の有無による差 ①

	中央値(四分位範囲)		U	P値	効果量
	体験なし (n=12)	体験あり (n=17)			
初診年齢	37.5(24.0-48.5)	30.0(23.0-39.0)	83.0	0.42	0.2
初回入院年齢	37.5(24.8-54.3)	36.0(23.0-46.0)	84.5	0.44	0.2
背景要因					
年齢	57.5(39.0-64.5)	49.0(48.0-63.5)	97.5	0.85	0.0
治療期間年数	9.0(2.25-20.5)	19.0(12.0-27.5)	132.5	0.18	0.3
入院回数	2.0(1.0-4.5)	3.0(2.0-8.0)	131.0	0.21	0.0
現在入院日数	530.5(14.6-2927.5)	49.0(48.0-63.5)	95.0	0.78	0.1

Mann-WhitneyのU検定 効果量はPearsonの相関係数

表12 男性の成人期以前の困難な体験の有無による差 ②

		n(%)		P値	効果量
		体験なし (n=12)	体験あり (n=17)		
教育歴					
高校卒業		4(33.3%)	10(58.8%)	0.26	0.3
短大・専門学校以上		8(66.7%)	7(41.2%)		
中退歴					
なし		9(75.0%)	12(70.6%)	1.00	0.0
あり		3(25.0%)	5(29.4%)		
背景要因					
遺伝的影響					
なし		11(91.7%)	11(64.7%)	0.19	0.3
あり		1(8.3%)	6(35.3%)		
職歴					
なし		1(8.3%)	1(5.9%)	1.00	0.0
あり		11(91.7%)	16(94.1%)		

Fisherの直接法 df=1 効果量はφ 係数

表13 女性の成人期以前の困難な体験の有無による差 ①

	中央値(四分位範囲)		U	P値	効果量
	体験なし (n=10)	体験あり (n=14)			
初診年齢	36.5(26.5-49.5)	24.5(16.8-26.5)	29.5	P<0.05	0.5
初回入院年齢	38.5(29.5-54.5)	25.5(20.5-32.3)	34.5	P<0.05	0.5
背景要因					
年齢	58.0(47.0-54.5)	51.0(41.0-58.3)	48.5	0.21	0.3
治療期間年数	9.5(1.0-37.0)	26.0(16.5-34.0)	90.0	0.26	0.2
入院回数	1.0(1.0-8.5)	3.5(2.0-8.3)	90.5	0.24	0.3
現在入院日数	553.5(157.0-4470.5)	156.0(47.0-5744.3)	55.0	0.40	0.2

Mann-WhitneyのU検定 効果量はPearsonの相関係数

表14 女性の成人期以前の困難な体験の有無による差 ②

	n(%)		P値	効果量
	体験なし (n=10)	体験あり (n=14)		
教育歴				
高校卒業	7(70.0%)	14(100.0%)	0.06	0.5
短大・専門学校以上	3(30.0%)	0(0.0%)		
中退歴				
なし	9(90.0%)	8(57.1%)	0.17	0.4
あり	1(10.0%)	6(42.9%)		
背景要因				
遺伝的影響				
なし	7(70.0%)	7(50.0%)	0.42	0.2
あり	3(30.0%)	7(50.0%)		
職歴				
なし	0(0.0%)	1(7.1%)	1.00	0.2
あり	10(100.0%)	13(92.9%)		

Fisherの直接法 df=1 効果量はφ 係数

さらに成人期以前の困難な体験の累積によって臨床的指標に差がみられるか検討した結果を表 15・表 16 に示した。成人期以前の体験の累積による背景要因の差はみられなかった。また、成人期以前の困難な体験の有無による診断の分布を表 17 に示した。人数の少なさという限界を踏まえると積極的には述べられないが、体験の累積による診断の差は確認

されなかった。初診年齢および初回入院年齢、教育歴に有意差はみられなかったが、いずれも小・中程度の効果量を示した。

また、体験の有無と同様に、男女による層別化を行って、体験の累積による臨床的指標に差がみられるか確認したが、特に差はみられなかった(表 18・表 23)

表15 成人期以前の困難な体験の累積による差 ①

	中央値(四分位範囲)		U	P値	効果量
	累積なし (n=14)	累積あり (n=17)			
初診年齢	29.0(19.6-41.5)	24.0(21.0-29.0)	97.0	0.40	0.2
初回入院年齢	34.0(21.3-45.5)	25.0(23.0-38.5)	100.0	0.47	0.1
背景要因					
年齢	49.0(42.5-66.6)	51.0(48.0-57.0)	112.5	0.80	0.0
治療期間年数	21.0(14.5-30.0)	25.0(17.5-33.0)	105.0	0.60	0.1
入院回数	3.5(2.0-8.0)	3.0(2.0-8.5)	113.0	0.83	0.0
現在入院日数	141.5(28.3-3249.5)	572.0(138.0-5285.0)	89.0	0.25	0.2

Mann-WhitneyのU検定 効果量はPearsonの相関係数

表16 成人期以前の困難な体験の累積による差 ②

	n(%)		P値	効果量
	累積なし (n=14)	累積あり (n=17)		
教育歴				
高校卒業	9(64.3%)	15(88.2%)	0.20	0.3
短大・専門学校以上	5(35.7%)	2(11.8%)		
中退歴				
なし	12(85.7%)	8(47.1%)	0.03	0.4
あり	2(14.3%)	9(52.9%)		
背景要因				
性別				
男性	5(35.7%)	9(52.9%)	0.47	0.2
女性	9(64.3%)	8(47.1)		
遺伝的影響				
なし	11(78.6%)	7(41.2%)	0.07	0.4
あり	3(21.4%)	10(58.8%)		
職歴				
なし	1(7.1%)	1(5.9%)	1.00	0.0
あり	13(92.9%)	16(94.1%)		

Fisherの直接法 df=1 効果量はφ 係数

表17 成人期以前の困難な体験の累積による診断の分布

診断	n(%) 累積なし(n=14)	調整残差	n(%) 累積あり(n=17)	調整残差
統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害	11(47.8%)	0.5	12(52.2%)	-0.5
気分(感情)障害	1(25.0%)	-0.9	3(75.0%)	0.9
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1(33.3%)	-0.4	2(66.7%)	0.4
神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害	1(100.0%)	1.1	0(0.0%)	-1.1

Fisherの直接法 df=3 P=0.75

表18 男性の成人期以前の困難な体験の累積による差 ①

	中央値(四分位範囲)		U	P値	効果量
	累積なし (n=9)	累積あり (n=8)			
初診年齢	32.0(22.0-39.0)	27.0(23.0-45.5)	34.0	0.89	0.1
初回入院年齢	36.0(25.5-46.0)	31.0(23.0-48.5)	33.0	0.82	0.1
背景要因					
年齢	49.0(46.0-67.5)	49.5(48.0-53.8)	30.0	0.61	0.1
治療期間年数	25.0(12.5-33.0)	18.5(4.8-26.5)	27.5	0.42	0.2
入院回数	2.0(1.5-7.5)	4.5(2.0-8.8)	28.5	0.48	0.2
現在入院日数	198.0(38.0-3474.5)	975.5(300.0-286.3)	26.0	0.37	0.2

Mann-WhitneyのU検定 効果量はPearsonの相関係数

表19 男性の成人期以前の困難な体験の累積による差 ②

		n(%)		P値	効果量
		累積なし (n=9)	累積あり (n=8)		
教育歴					
高校卒業		4(44.4%)	6(75.0%)	0.34	0.3
短大・専門学校以上		5(55.6%)	2(25.0%)		
中退歴					
なし		8(88.9%)	4(50.0%)	0.13	0.4
あり		1(11.1%)	4(50.0%)		
背景要因					
遺伝的影響					
なし		7(77.8%)	4(50.0%)	0.34	0.3
あり		2(22.2%)	4(50.0%)		
職歴					
なし		1(11.1%)	0(0.0%)	1.00	0.2
あり		8(88.9%)	8(100.0%)		

Fisherの直接法 df=1 効果量はφ 係数

表20 男性の成人期以前の困難な体験の累積による診断の分布

診断	n(%) 累積なし(n=9)	調整残差	n(%) 累積あり(n=8)	調整残差
統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害	7(77.8%)	0.7	5(32.5%)	-0.7
気分(感情)障害	1(11.1%)	-0.7	1(12.5%)	0.7
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1(11.1%)	-0.1	2(25.0%)	0.1

Fisherの直接法 df=2 P=0.77

表21 女性の成人期以前の困難な体験の累積による差 ①

	中央値(四分位範囲)				
	累積なし (n=5)	累積あり (n=9)	U	P値	効果量
初診年齢	26.0(15.0-44.5)	24.0(18.5-25.0)	18.5	0.61	0.1
初回入院年齢	26.0(15.0-45.5)	25.0(23.5-29.0)	21.5	0.90	0.0
背景要因					
年齢	47.0(35.0-66.5)	51.0(44.5-58.5)	18.0	0.61	0.2
治療期間年数	15.0(14.0-31.0)	26.0(22.0-37.5)	11.0	0.15	0.4
入院回数	5.0(3.5-11.5)	2.0(2.0-7.0)	11.0	0.15	0.4
現在入院日数	52.0(27.5-5702.0)	165.0(118.5-5832.5)	15.0	0.36	0.3

Mann-WhitneyのU検定 効果量はPearsonの相関係数

表22 女性の成人期以前の困難な体験の累積による差 ②

	n(%)			
	累積なし (n=5)	累積あり (n=9)	P値	効果量
教育歴				
高校卒業	5(100.0%)	9(100.0%)		
短大・専門学校以上	0(0.0%)	0(0.0%)	-	-
中退歴				
なし	4(80.0%)	4(44.4%)		
あり	1(20.0%)	5(55.6%)	0.30	0.3
背景要因				
遺伝的影響				
なし	4(80.0%)	3(33.3%)		
あり	1(20.0%)	6(66.7%)	0.27	0.1
職歴				
なし	0(0.0%)	1(11.1%)		
あり	5(100.0%)	8(88.9%)	1.00	0.2

Fisherの直接法 df=1 効果量はφ 係数

表23 女性の成人期以前の困難な体験の累積による診断の分布

診断	n(%) 累積なし(n=5)	調整残差	n(%) 累積あり(n=9)	調整残差
統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害	4(80.0%)	-0.1	7(77.8%)	0.1
気分(感情)障害	0(0.0%)	1.1	2(22.2%)	-1.1
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1(20.0%)	1.4	0(0.0%)	-1.4

Fisherの直接法 df=2 P=0.44

3. 再調査について

成人期以前の困難な体験の内容について、ベースラインと再調査の結果を表5に示した。

再調査に参加した33名(男性：15名、女性：18名)は平均年齢52.2歳であり、診断の内訳はF2統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害が25名(75.8%)と最も多く、次いでF3気分(感情)障害が6名(18.2%)、F1精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F4神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害が1名ずつ(3.0%)であった。58%が成人期以前の困難な体験を1つ以上報告した。

再調査群と非再調査群には年齢($U=287.50$ $P=0.44$)、性別($P=1.00$ Fisherの直接法 $df=1$)、遺伝的な影響あり($P=1.00$ Fisherの直接法 $df=1$)、職歴($P=0.28$ Fisherの直接法 $df=1$)に有意な差はみられなかったが、中退歴($P=0.004$ Fisherの直接法 $df=1$)に差が認められた。また、初診年齢($U=274.00$ $P=0.13$)、治療期間($U=425.00$ $P=0.08$)、現在入院日数($U=422.00$ $P=0.09$)には差がみられなかったが、初回入院年齢($U=200.00$ $P=0.02$)に有意差がみられた。最終学歴($P=0.56$ Fisherの直接法 $df=1$)、入院回数($P=0.11$ Fisherの直接法 $df=1$)には差はみられなかった。さらに成人期以前の困難な体験の有無($P=0.40$ Fisherの直接法 $df=1$)、累積($P=0.23$ Fisherの直接法 $df=1$)に差はみられなかった。

成人期以前の困難な体験の有無については、カッパ係数0.87と高い割合で一致していた。身体的虐待を除くすべてのカテゴリで中程度以上の一致がみられ、特に親の離婚・別居、家族の服役、性的虐待はベースライン時と再調査時の回答に高い一致率を示した。ベースライ

ン時の平均累積数は 1.5(SD=1.5)、再調査時点では 1.3(SD=1.6)であった。ベースライン時の報告で成人期以前の困難な体験の累積を報告した者は、体験カテゴリが一致してない場合も含めると再調査でも、累積していると回答した($\kappa=0.73$)。成人期以前の困難な体験のカテゴリではなく、体験数については再調査の信頼性は高いと言える。

表24 ベースラインと10-14週後の成人期以前の困難な体験の報告一致率

	n(%)		
	ベースライン n=33	10-14週後	カッパ係数
成人期以前の困難な体験あり	21(63.6%)	19(57.6%)	0.87
累積体験あり	13(39.4%)	11(33.3%)	0.73
下位項目別			
親の別居・離婚	8(24.24%)	9(27.27%)	0.92
家族の精神疾患	11(33.33%)	11(33.33%)	0.59
家族の物質依存	4(12.12%)	4(12.12%)	0.43
家族の服役	2(6.06%)	2(6.06%)	1.00
配偶者間暴力	5(15.15%)	3(9.09%)	0.44
心理的虐待	9(27.27%)	7(21.21%)	0.51
身体的虐待	5(15.15%)	4(12.12%)	0.36
性的虐待	4(12.12%)	4(12.12%)	0.72

第4節 考察

本調査の結果は、入院治療中の精神疾患患者の約 60%に 1 つ以上の成人期以前の困難な体験が認められ、さらに体験が累積(2 以上の体験が重なっている)していた者は約 30%であった。さらに、成人期以前の困難な体験を経験している場合に、初診年齢および入院初回年齢が早くなる傾向が明らかとなった。

国際的な知見では、重篤な精神疾患を持つ臨床群の成人期以前の困難な体験の体験率は高いことが知られているが^(177, 241)、本調査でも半数以上の対象者に 1 つ以上の成人期以前

の困難な体験が認められた。また、体験の累積がみられた者は約 30%であった。方法論の違いはあるが、諸外国での先行研究^(181, 193, 241)で示された体験率と比べると低い。日本における一般住民を対象とした研究³⁰⁾と比較すると、相対的に体験率は高く、諸外国における臨床群と非臨床群における差と同等だった。

一方、成人期以前の困難な体験の平均累積数については Fujiwara ら⁽²¹⁹⁾の結果より本調査の対象の方が低くなった。諸外国でも精神疾患患者の被害体験に関する後ろ向きの自己報告は過少報告されやすい^(215, 242)といわれている。例えば体験の内容が非常にプライベートなものであるため、体験を聞き取った相手との信頼関係によって報告が変化する可能性が指摘されている⁽²¹³⁾。筆者は対象者にとって未知の相手であり、過少報告につながった要因の 1 つと考えられる。また、入院中の虐待報告が退院後よりも過少であったとする報告もあり⁽²⁴³⁾、病状回復と自らの被虐待体験の認知は関連があるのかもしれない。

また、本調査において成人期以前の困難な体験は、初診年齢および入院初回年齢が低いことと関連していた。統合失調症を含む精神疾患患者の調査では、幼少期に身体的虐待あるいは性的虐待を経験している場合、発症年齢および初回入院年齢が早く、再発率が高い^(242, 244, 245)。特に心理的虐待がある場合に診断を受ける年齢が早まることが見出されており、統合失調症患者においては 4.1 年早まると報告されている⁽¹⁸⁸⁾。双極性障害患者についても同様の結果が報告されている⁽²⁴⁶⁾。今回の結果は、これら知見と一致した傾向を示したと言える。なお、本調査では、診断による性差が認められたこともあって、男性群と女性群に分けて検定を行った。結果として、女性にのみ成人期以前の困難な体験があると初診年齢と初回入院年齢が低いことと関連していた。成人期以前の困難な体験の影響が性別によって異なるという報告は筆者の知るところでは、先行研究ではなされていない。男女によって精神科医療機関等への受診のしやすさや、家族等のサポートを受けやすいなどの性差は要因として考えられるが、推測の域は出ない。また今回の調査では、成人期以前の困難な体験の有無による性差や診断の差は認められなかったが、サンプルサイズの小ささなどの偏りがあるため、

これらが結果に影響を与えた可能性は高い。

また体験が累積することの影響について、例えば 3 つ以上の体験累積と若年での入院が関連している⁽¹⁹³⁾ことが明らかにされているが、本調査では差がみられなかった。

先行研究においても成人期以前の困難な体験と精神疾患の諸変数との関連性は認められているものの、その因果関係については明らかでない。精神疾患の早期発症に関しては、もともとの脆弱性が環境因によって強められた可能性、あるいは環境因によって脆弱性がもたらされた可能性などが考えられる。生物学的指標も用いた検証を行うことで、この問題は明らかになると考えられる。さらに、成人期以前の困難な体験よりも成人期に体験した困難さが媒介しているのではないかという指摘もある^(177, 180)。成人期の困難な体験に対する脆弱性をもたらしている可能性があり、成人期以前の困難な体験がある場合に、成人期においても継続的に同様の困難を経験していることを示す研究もある^(180, 193)。しかし、体験の累積が精神疾患早期発症のリスク因子であることは多くの先行研究で一貫して示されている。

さらに、成人期以前の困難な体験は教育歴に関連が認められた。先行研究でも学業不振との関連性が示されており⁽¹⁹⁵⁾、それらと一致した結果といえる。成人期以前の困難な体験があると精神疾患による精神科初診年齢が早まる可能性が示されているため、教育歴には成人期以前の困難な体験の影響よりも精神疾患発症自体が影響している可能性もある。貧困その他の様々な社会的交絡因子も推測できる。また、本調査の対象者は教育歴に性差がみられる。精神疾患患者における成人期以前の困難な体験の教育歴への関連については今後検証が必要である。

本調査では成人期以前の困難な体験のチェックリストについて 3 ヶ月おいて再実施をした。それは記憶の再想起の安定性という側面を検討するためである。特に統合失調症など幻覚・妄想のような陽性症状を呈する疾患については、成人期以前の困難な体験の報告と妄想とが混同する懸念が持たれ、精神疾患患者の報告に対する信頼性について指摘されることが多い。一方で、再テストの実施によって重篤な精神疾患でもトラウマ報告に信頼性がある

ことが報告されている⁽²¹²⁾。例えば精神疾患患者のベースラインから7年後の報告が、患者本人の自己報告以外の情報源とも一致していた⁽²⁰⁹⁾。本調査でも体験の有無については高い一致率が示されており($\kappa=0.87$)、また体験が累積しているかについても同様だった。これは、わが国においても、気分や症状の変化に左右されず、一貫して成人期以前の困難な体験の報告をする患者が一定数いることを示したといえる。

本調査の限界点を以下に述べる。まず、単一施設で実施しており、サンプルサイズが小さいことが挙げられる。そのため一般化は難しい。これにともない、調整因子を含めた検討ができていないことや、疾患ごとに結果を比較するなど対照群の設定が十分でないことが挙げられる。本調査で得られた結果についても、サンプルサイズを増やしてさらに検討していくことが求められる。また、本調査の対象は精神科入院中の患者であった。今後、成人期以前の困難な体験が精神疾患にどのような影響をもたらすのかをより明らかにするためには、外来患者など他の対象も含めた研究が必要である。

次に、診断については主治医による臨床診断を採択しており、症状の重症度は測定していない。今後は構造化されたアセスメント方法を取り入れる必要がある。臨床的指標として初診年齢と初回入院年齢を主なアウトカムとして用いたが、これらはカルテ記録上から得られた情報であり、記録に残っていない治療歴が存在する可能性もある点が限界点である。よって、精神疾患初発患者を対象とするか、あるいは前向きデザインの研究を実施する必要性がある。

また、本調査で使用した成人期以前の困難な体験のチェックリストは研究者らが先行研究を参考に作成したものである。よって、先行研究との厳密な比較には不十分なデータとなった。今後は国際的な比較も可能な幼少期の体験に関する共通の質問紙の使用が求められる。なお、2014年6月に坪井⁽²⁴⁷⁾による児童虐待の被害を測定する国際的調査票の日本語版の作成が報告されているが、本調査を立案し倫理審査委員会に承認を得た後、調査開始直前の時期あたり、本調査ではこのような尺度の使用には至らなかった。

さらに、本調査のデザインは後ろ向きであり、想起バイアスが存在する可能性がある。近年実施された後ろ向き、前向きデザインの研究を含めたメタ分析によれば、成人期以前の困難な体験と精神疾患との関連性は、どちらのデザインも同様の傾向を示しており、人口統計学のおよび臨床的な交絡因子について補正した場合でも有意であった⁽²⁴⁸⁾とする報告もあるが、大型サンプルによる前向きデザインの研究が適切であろう。

第5節 結語

本調査から、人の健康に関わる専門家が日常の臨床活動において、成人期以前の困難な体験の影響について考慮したアセスメントを行うことが重要であることが示唆された。また、比較的早い段階でこうした体験について確認することができれば支援に関わる有益な情報となるだろう。成人期以前の困難な体験は併存している可能性が高く、1つでもあることが分かった場合には、他の成人期以前の困難な体験についても尋ねると良いと考えられる。こうしたアセスメントは精神疾患の予防、もしくは治療という観点において、早期に発見、予防、治療を実践するための临床上重要な課題である。

精神疾患、特に統合失調症のような精神病性の障害を持つ患者の過去の体験は軽視されやすい現状がある。しかし、妄想や幻聴は本人の体験が影響している可能性が指摘されている。また、精神病症状とトラウマ症状が重複することや、精神疾患患者のトラウマ症状の治療によって、トラウマ症状のみならず精神病症状が改善されたことなどが報告されている⁽¹⁹⁶⁾。過去の体験について情報収集をし、その情報を含めたアセスメントや治療を行うことも症状軽減に役立つ可能性がある。先行研究では過去の体験が身体疾患や喫煙などの身体に有害な行動に依存しやすいことなどが報告されており、及ぼされる影響は精神科的な症状に限らない。こうした点からも、早期に過去の体験を含めたアセスメントを行うことが重

要と考えられる。

第4章 一般群の成人期以前の困難な体験と精神健康との関連性

前章では、精神科入院群の成人期以前の困難な体験の体験率および臨床的変数との関連を検討した。結果として、国内外の一般住民を対象とした研究で報告されている成人期以前の困難な体験の体験率よりも、臨床群の体験率は高いことが示された。さらに、成人期以前の困難な体験がある場合に、体験していない群と比較すると、発症年齢や入院年齢が若年化する傾向がみられた。

しかし、国内外の先行研究と比較して、一般住民の示す体験率よりも高いことが明らかにされたものの、二つの群に同じ質問紙を用いた調査ではないため、体験率の比較という点では結果の説得性が弱い点がある。そこで、本章では、第3章で実施した精神科入院群を対象とした調査で得られた結果を補完するため、現在、精神科病院に入院していない成人(一般群)を対象に、同じ質問紙を用いて成人期以前の困難な体験の体験率を調査し、体験率を比較する。また、副次的な目的として、精神科および心療内科受診歴を精神的健康の指標と設定し、成人期以前の困難な体験との関連性を検討する。合わせて、一般群についても、成人期以前の困難な体験のみ再調査を実施し、ベースラインの回答との一致率を検討する。

第 1 節 目的

国外の先行研究では、精神疾患患者の成人期以前の困難な体験の体験率は、一般住民の体験率よりも高いことが一貫して示されてきた。サンプルの違いなども考慮すると単純な比較はできないが、第 3 章で報告した調査でも先行研究で報告されている体験率よりも高い体験率が示された。しかし、同じ質問紙を用いての比較ではないため、適切な比較とは言えない。そこで、第 3 章で得られた知見の精度を高めるために、調査時点で精神科に入院していない成人(一般群)を対象に、同じ質問紙を用いて成人期以前の困難な体験の体験率を調査し、両群の体験率の比較を試みた。先行研究の知見に沿えば、精神科入院群の体験率は、一般群よりも高い値が示されるはずである。よって、本調査は、精神科入院群と一般群の成人期以前の困難な体験の体験率を比較することを目的とした。

また、副次的な目的として、以下の 2 つの仮説についても検討する。まず、成人期以前の困難な体験の報告の信頼性についてである。第 2 章で触れた通り、精神疾患患者の過去の体験に関する報告は、その報告の信頼性について議論される場合が多い。第 3 章では、精神科入院群を対象にベースラインから 3 か月後に成人期以前の困難な体験のチェックリストを再実施することで、対象者のベースラインの回答との一致率を算出した。結果として、成人期以前の困難な体験の有無および累積に関する報告について高い一致率が示された。そこで、本調査でも一般群に対して、第 3 章と同様の方法で成人期以前の困難な体験のチェックリストを再実施し、精神科入院群の一致率と比べる。精神科入院群と一般群の一致率を比較した場合、精神科入院群の一致率と一般群はほとんど変わらないという仮説を立てた。

さらに、国内外の調査で確認されているような、成人期以前の困難な体験のネガティブな精神健康と関連性がみられるのかについて検討する。精神科あるいは心療内科の受診歴は、治療が必要と主観的に感じる精神健康状態の不良をある程度表しているものとみなし、成人期以前の困難な体験が精神科受診歴と関連しているかを分析する。成人期以前の困難な

体験を経験している群の方が、経験していない群と比較して、これまでに精神科あるいは心療内科を受診している割合が高いと仮説を立てた。

国内の研究では、同じ質問紙を用いて成人期以前の困難な体験の体験率を比較した研究は、筆者が調べた限りでは見当たらない。これら、3つの仮説に基づいて、一般群の調査を実施し、得られた結果を精神科入院群の結果と比較することで考察を深めたい。

第2節 方法および対象

本調査の調査期間は、2015年8月から2016年6月である。第3章と同じく、ベースラインから10-14週後に成人期以前の困難な体験のチェックリストのみを再実施した。

精神科入院群と年齢を同程度にするため、調査対象者を、調査時点で精神科病院に入院していない中年成人と設定した。なお、精神科入院群の平均年齢は54歳であった。まず、関東圏内A通信大学のスクーリング参加者に対して研究参加を募った。結果として、女性100名の参加同意が得られた。しかし、スクーリング参加者は女性が多数を占めており、研究参加の同意を得られた男性は20名程度となった。男女比に大きな差があったため、男性のみ機縁法によるリクルートを行い、すでに同意の得られた女性と同数程度になるよう調整を行った。80名程度の参加同意が得られた時点でリクルートを終了した。

調査はwebアンケートを使用した。研究の目的、方法(調査実施時間、アンケートページへのアクセス方法、質問項目、倫理的配慮など)について説明文書を用いて口頭あるいはメール本文への記載および説明文書添付によって説明した。その際、アンケート内容に一定の侵襲性があると判断したため、「精神障害を持つ方の体験と比べるため、ご自身およびご家族の精神科受診歴など個人的なことをうかがう内容が含まれます。また、幼少期の困難な体験の調査を目的としているため、親の離婚・別居、家族の精神科既往歴、アルコール・薬物

依存、服役、家庭内暴力、虐待についてうかがう内容が含まれます」と説明文書に明記し、それも踏まえて参加・不参加について決定してもらえるように配慮した。加えて、web アンケート上には、個人名を記載する必要がないよう配慮した。

説明文書を読んで協力を承諾が得られた場合のみ、取得した対象者のメールアドレスにアンケート URL および説明文書を添付してメールを送付した。なお、web アンケートページに「同意はアンケートの回答を持って得たものとする」ことを明示し、アンケート回答を持って同意を得たものとした。

また、過去の体験の想起の安定性を調査するため、web アンケート回答後、精神科既往歴のない対象者にのみ、10・14 週後に再度、同じ内容のアンケートを web 上で回答してもらった。連結可能なデータとするために対象者をナンバリングしてデータを管理した。さらに 1 人につき 1 つの URL を割り当て、かつ、1 つの URL で複数人が回答できないように設定することによって、他の対象者のデータと混同しないよう対処した。本調査は武蔵野大学倫理審査委員会の承認を得て行われた。

1. 基本情報

ベースライン調査時に年齢、性別、家族の精神科既往歴、学歴精神科・心療内科の受診経験の有無についてデータ収集し、成人期以前の困難な体験のチェックリストを実施した。なお、精神科受診歴については、受診経験の有無のみを尋ねており、診断名や受診時期などについてはデータ収集を行っていない。三親等内に精神疾患にり患している者がいる場合に、遺伝的影響ありと評価した。また、最後に卒業した学校を最終学歴とした。本調査の流れを図 4 に示した。

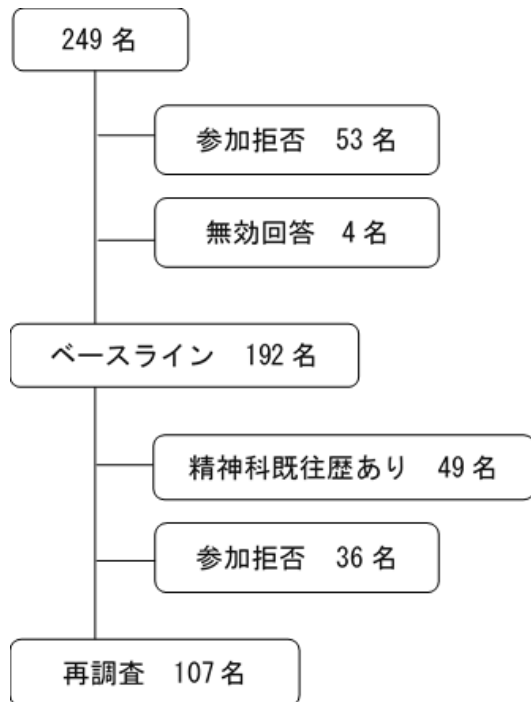


図 4 研究の流れ

2. 主観的な成人期以前の困難な体験

成人期以前の困難な体験に関するチェックリストは、第 3 章で用いたチェックリストと同じものを用いた。これは、研究者が ACEs 研究⁽¹²¹⁾の項目に合わせて作成したものである。

①親の離婚あるいは別居、家族成員の②精神疾患のり患あるいは自殺企図、③アルコールあるいは違法薬物の問題、④服役、⑤配偶者間暴力(母親に対するパートナーからの暴力)、そして⑥心理的虐待、⑦身体的虐待、⑧性的虐待の 8 項目の有無について、「はい」「いいえ」での 2 件法による回答を求めた。なお、本調査では成人期以前を 18 歳以前と定義した。

3. 分析方法

成人期以前の困難な体験のカテゴリ別体験率および、累積体験率の男女差の検定については Fisher の直接法を用いた。精神科入院群と一般群の成人期以前の困難な体験の有無および累積の有無の違いに関する検定については、成人期以前の困難な体験の有無を従属変数(体験なし：0、体験あり：1)、現在の精神科入院状況(入院していない(一般群)：0、入院している(精神科入院群)：1)を独立変数、年齢、性別(女性：0、男性：1)、教育歴(高卒：0、短大・専門以上：1)、中退歴(なし：0、あり：1)を共変量として、ロジスティック回帰分析を行った。各因子は単変量による解析を行い、その後、強制投入法を用いて、多変量解析を行った。また、成人期以前の困難な体験と精神科受診歴の関連性の検定については、精神科受診歴(なし：0、あり：1)を従属変数、成人期以前の困難な体験の有無(なし：0、あり：1)を独立変数、性別(女性：0、男性：1)、年齢(なし：0、あり：1)、遺伝的影響(なし：0、あり：1)、教育歴(高卒：0、短大・専門以上：1)、中退歴(なし：0、あり：1)を共変量として、ロジスティック回帰分析を行った。各因子は単変量による解析を行い、その後、強制投入法を用いて、多変量解析を行った。統計解析には SPSS ver.23 を用いた。また、ベースラインの回答と 10-14 週後の回答の一致率についてはカッパ係数(κ)を指標とした。

第 3 節 結果

アンケート参加に同意のあった 249 名のうち、web アンケートの回答を完遂したものは 196 名であった。無回答であった 53 名および、アンケート項目すべてに回答がみられなかった無効回答 4 名を除く、192 名について検討した。また、想起バイアスに関する再調査については、精神科既往歴のあった 49 名を除く 143 名を対象に再調査の協力を依頼し、無回

答であった 36 名を除く 107 名がアンケートを完遂した。無効回答はなかったため、107 名について検討した。

1. 対象者の特徴

対象者の特徴を表 25 に示した。192 名のうち、男性は 92 名(平均年齢 49.8 歳 SD=12.1)、女性は 100 名(平均年齢 42.2 歳 SD=7.7)であった。

表25 対象者の特徴

	男性(n=92)	女性(n=100)	全体 (n=192)
平均年齢(SD)	49.8(12.1)	42.2(7.7)	45.8(10.7)
遺伝的影響あり	15(16.3%)	28(28.0%)	43(22.4%)
教育歴			
高校卒業	13(14.1%)	20(20.0%)	33(17.2%)
短大・専門学校以上	79(85.9%)	80(80.0%)	159(82.8%)
中退歴あり	10(10.9%)	12(12.0%)	22(11.5%)
職歴あり	91(98.9%)	98(98.0%)	189(98.4%)
精神科受診歴あり	21(22.8%)	28(28.0%)	49(25.5%)

性別による背景要因の差を確認した結果を表 26 に示した。結果として、年齢に有意差がみられ、男性は女性よりも年齢が高かった(U=2915.5 P=0.00)。

表26 性別による背景要因の差

	中央値(四分位範囲)		U	P値
	男性(n=92)	女性(n=100)		
1 年齢	48.0(12.0-59.0)	43.5(37.0-47.0)	2915.5	P<0.01
	n(%)			
	男性(n=92)	女性(n=100)		P値
2 遺伝的影響				
なし	77(83.7%)	72(72.0%)		
あり	15(16.3%)	28(28.0%)		0.06
3 教育歴				
高校卒業	13(14.1%)	20(20.0%)		
短大・専門学校以上	79(85.9%)	80(80.0%)		0.34
4 中退歴				
なし	82(89.1%)	88(88.0%)		
あり	10(10.9%)	12(12.0%)		0.83
5 職歴				
なし	1(1.1%)	2(2.0%)		
あり	91(98.9%)	98(98.0%)		1.00
1 : Mann-WhitneyのU検定, 2-5 : Fisherの直接法 df=1				

また、一般群と精神科入院群(第3章 n=53)の基礎情報に差がみられるか検討した(表27)。

両群を比較すると、精神科入院群は有意に年齢が高く(U=3224.5 P=0.00)、学歴が低く(P=0.00 Fisherの直接法)、中退歴が多かった(P=0.004 Fisherの直接法)。

表27 一般群と精神科入院群(入院群)の背景要因の差

中央値(四分位範囲)				
	一般群(n=192)	入院群(n=53)	U	P値
1 年齢	45.0(39.0-50.75)	52.0(45.5-64.0)	3224.5	P<0.01
n(%)				
	一般群(n=192)	入院群(n=53)		P値
2 性別				
男性	92(47.9%)	29(54.7%)		
女性	100(52.1%)	24(45.3%)		0.44
3 遺伝的影響				
なし	149(77.6%)	36(67.9%)		
あり	43(22.4%)	17(32.1%)		0.15
4 教育歴				
高校卒業	33(17.2%)	35(66.0%)		
短大・専門学校以上	159(82.8%)	18(34.0%)		P<0.01
5 中退歴				
なし	170(88.5%)	38(71.7%)		
あり	22(11.5%)	15(28.3%)		P<0.01
6 職歴				
なし	3(1.6%)	3(5.7%)		
あり	189(98.4%)	50(94.3%)		0.12

1: Mann-WhitneyのU検定, 2-6: Fisherの直接法 df=1

2. 成人期以前の困難な体験の体験率

成人期以前の困難な体験の体験率を表 28 に示した。体験カテゴリ別の体験率については、複数回答を含めた割合となっている。成人期以前の困難な体験を、少なくとも 1 つ以上体験したと報告した対象者は 57 名(29.7%)であった。また、男女別でみた場合、男性は 20 名(21.7%)、女性は 37 名(37.0%)が 1 つ以上の成人期以前の困難な体験を報告した。体験率に男女差がみられ、女性の方が、有意に体験率が高い傾向があった(P=0.03 Fisher の直接法)。1 つ以上の体験を報告した人 57 名のうち、おおよそ 4 割にあたる 23 名が成人期以前の困難な体験を 2 つ以上体験していた(体験の累積)。体験の累積に関しても、女性は有意に体験率が高かった (P=0.002 Fisher の直接法)。

体験カテゴリ別については、心理的虐待が最も多く報告され(25名・13.0%)、次いで親との離別(21名・10.9%)、家族の精神疾患(18名・9.4%)となった。男女別にみると、男性は家族の精神疾患が8名と最も多く(8.7%)、次いで親との離別が6名(6.5%)であった。また、女性には心理的虐待が20名と最も多く(20.0%)、次いで親との離別が15名(15.0%)であった。体験カテゴリに男女差がみられ、女性は男性に比べ、心理的虐待(P=0.003 Fisherの直接法)、身体的虐待(P=0.02 Fisherの直接法)、性的虐待(P=0.014 Fisherの直接法)を体験しやすい傾向がみられた。

表28 成人期以前の困難な体験各カテゴリ別の体験率と体験スコアの割合

	n(%)			
	男性 (n=92)	女性 (n=100)	P値	全体 (n=192)
成人期以前の困難な体験				
親の離婚・別居	6(6.5%)	15(15.0%)	0.07	21(10.9%)
家族の精神疾患・自殺企図	8(8.7%)	10(10.0%)	0.81	18(9.4%)
家族の物質依存	4(4.3%)	2(2.0%)	0.43	6(3.1%)
家族の服役	0(0.0%)	1(1.0%)	1.00	1(0.5%)
配偶者間暴力	2(2.2%)	4(4.0%)	0.69	6(3.1%)
心理的虐待	5(5.4%)	20(20.0%)	P<0.01	25(13.0%)
身体的虐待	1(1.1%)	9(9.0%)	P<0.05	10(5.2%)
性的虐待	0(0.0%)	7(7.0%)	P<0.05	7(3.6%)
成人期以前の困難な体験スコア				
0	72(78.3%)	63(63.0%)	P<0.05	135(70.3%)
1	16(17.4%)	18(18.0%)	1.00	34(17.7%)
2	3(3.3%)	11(11.0%)	0.051	14(7.3%)
3	0(0.0%)	5(5.0%)	0.06	5(2.6%)
4以上	1(1.1%)	3(3.0%)	0.62	3(2.1%)
何らかの体験を有している	20(21.7%)	37(37.0%)	P<0.05	57(29.7%)

Fisherの直接法 df=1

また、精神科入院群と一般群の成人期以前の困難な体験の有無を比較した（表 29）。単変量の解析によれば、現在精神科に入院している場合に、成人期以前の困難な体験を経験しているオッズ比は 3.33(95%CI=1.78-6.25)と示された。また、教育歴(OR=0.40 95%CI=0.23-0.72)および中退歴(OR=4.15 95%CI=1.99-8.68)も関連因子であることが示された。多変量解析でも、現在の精神科入院状況の関連性は統計的に有意なまま保たれており、精神科入院群は一般群に比べて、成人期以前の困難な体験を経験しているオッズ比が 3.10(95%CI=1.44-6.70)という結果が示された。また、中退歴の関連性も統計的に有意なまま保たれた(OR=3.44 95%CI=1.49-8.00)。よって、精神科入院群は一般群よりも成人期以前の困難な体験を経験していることが示された。加えて、中退歴のある人の方がいない人に比べて成人期以前の困難な体験を経験していることも示された。

表29 成人期以前の困難な体験の有無と現在の精神科入院状況との関連性

	単変量		多変量	
	オッズ比(95% CI)	P	オッズ比(95% CI)	P
現在の精神科入院状況	3.33 (1.78-6.25)	0.00 **	3.10 (1.44-6.70)	0.004 **
調整因子				
性別	0.63 (0.37-1.07)	0.09	0.58 (0.32-1.04)	0.07
年齢	1.00 (0.97-1.02)	0.75	1.00 (0.97-1.02)	0.82
教育歴	0.40 (0.23-0.72)	0.002 **	0.98 (0.47-2.02)	0.95
中退歴	4.15 (1.99-8.68)	0.00 **	3.44 (1.49-8.00)	0.004 **

** P<0.01

CI=信頼区間

精神科入院群と一般群の成人期以前の困難な体験の累積の有無を比較した（表 30）。単変量の解析によれば、現在精神科に入院している場合に、成人期以前の困難な体験が累積しているオッズ比は 3.47(95%CI=1.68-7.15)と示された。また、性別(OR=0.38 95%CI=0.18-0.78)

および年齢(OR=0.99 95%CI=0.96-1.01)、教育歴(OR=0.27 95%CI=0.13-0.54)、中退歴(OR=4.99 95%CI=2.29-10.87)も関連因子であることが示された。多変量解析でも、現在の精神科入院状況の関連性は統計的に有意なまま保たれ、精神科入院群は一般群と比較して、成人期以前の困難な体験が累積しているオッズ比が 2.90(95%CI=1.11-7.62)という結果が示された。また、性別(OR=0.33 95%CI=0.15-0.75)および中退歴(OR=3.74 95%CI=1.46-9.60)の関連性も統計的に有意なまま保たれた。よって、精神科入院群は一般群よりも成人期以前の困難な体験が累積していることが示された。また、体験の累積には女性であること、中退歴があることも関連していた。

表30 成人期以前の困難な体験の累積有無と現在の精神科入院状況との関連性

	単変量		多変量	
	オッズ比(95% CI)	P	オッズ比(95% CI)	P
現在の精神科入院状況	3.47 (1.68-7.15)	0.001 **	2.90 (1.11-7.62)	0.03 **
調整因子				
性別	0.38 (0.18-0.78)	0.01 **	0.33 (0.15-0.75)	0.01 **
年齢	0.99 (0.96-1.01)	0.48 *	1.00 (0.96-1.03)	0.79
教育歴	0.27 (0.13-0.54)	0.00 **	0.73 (0.30-9.60)	0.50
中退歴	4.99 (2.29-10.87)	0.00 **	3.74 (1.46-9.60)	0.01 **

** P<0.01 *P <0.05

CI=信頼区間

成人期以前の体験カテゴリ別に一般群と精神科入院群を比較した。一般群の中で体験カテゴリを比較すると男女で差がみられたため(表 28)、男女で層別化して検定を行った(表 31・表 32)。結果として、男性では精神科入院群の方が有意に、親の離婚・別居(P=0.005 Fisher の直接法)、家族の精神疾患・自殺企図(P=0.02 Fisher の直接法)、身体的虐待(P=0.04 Fisher の直接法)、性的虐待(P=0.013 Fisher の直接法)を経験していた。また、女性では精神科入院群の方が有意に、家族の物質依存(P=0.003 Fisher の直接法)、配偶者間暴力(P=0.045 Fisher の直接法)を経験していた。

表31 一般群と精神科入院群(入院群)の体験カテゴリ(男性)

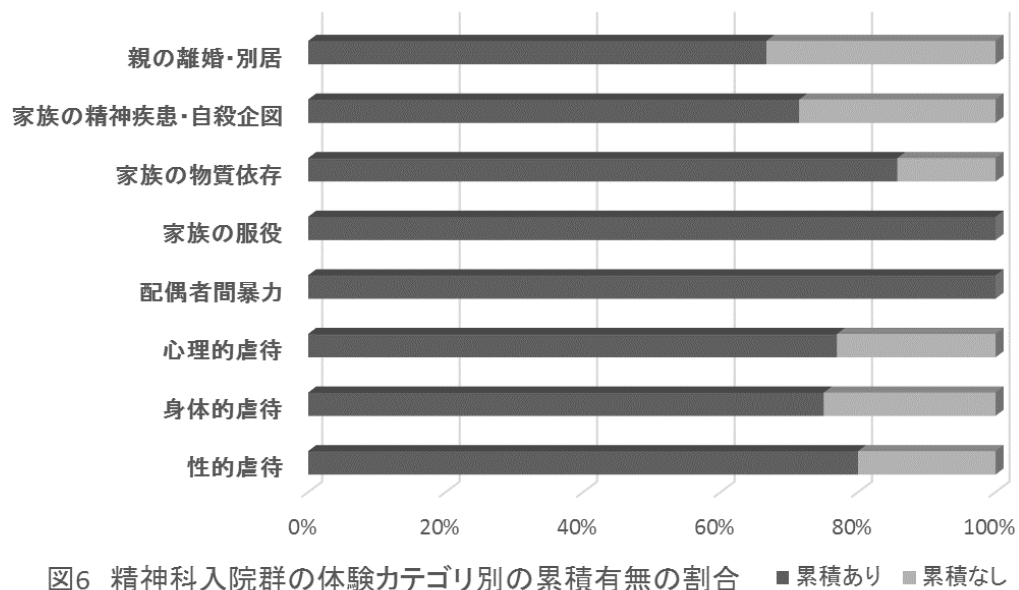
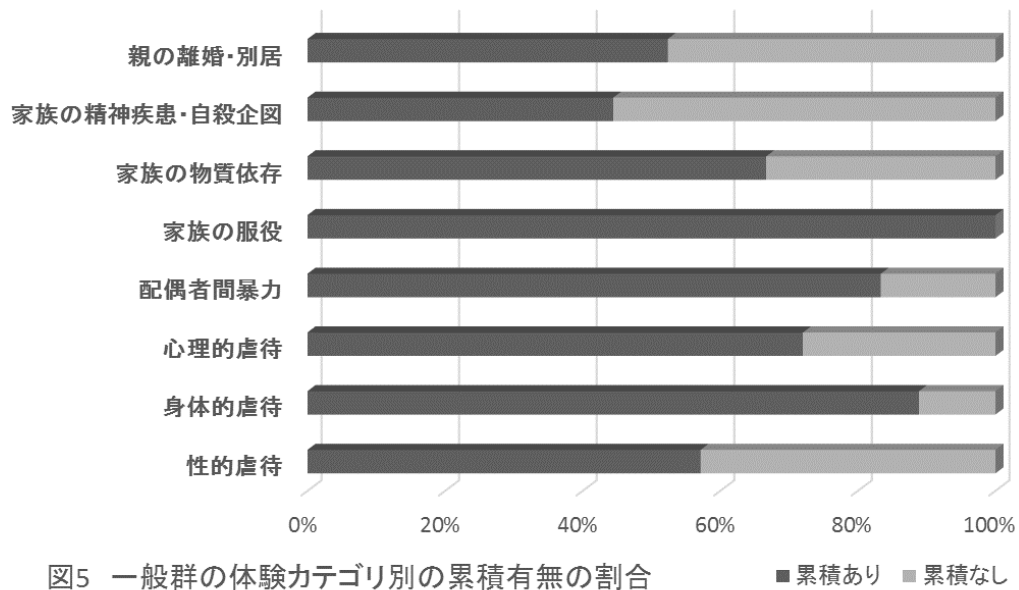
	n(%)		
	一般群 (n=92)	臨床群 (n=29)	P値
成人期以前の困難な体験			
親の離婚・別居	6(6.5%)	8(27.6%)	P<0.01
家族の精神疾患・自殺企図	8(8.7%)	8(27.6%)	P<0.05
家族の物質依存	4(4.3%)	2(6.9%)	0.63
家族の服役	0(0.0%)	2(6.9%)	0.06
配偶者間暴力	2(2.2%)	2(6.9%)	0.24
心理的虐待	5(5.4%)	5(17.2%)	0.06
身体的虐待	1(1.1%)	3(10.3%)	P<0.05
性的虐待	0(0.0%)	3(10.3%)	P<0.05
Fisherの直接法 df=1			

表32 一般群と精神科入院群(入院群)の体験カテゴリ(女性)

	n(%)		
	一般群 (n=100)	臨床群 (n=24)	P値
成人期以前の困難な体験			
親の離婚・別居	15(15.0%)	1(4.2%)	0.31
家族の精神疾患・自殺企図	10(10.0%)	6(25.0%)	0.08
家族の物質依存	2(2.0%)	5(20.8%)	P<0.01
家族の服役	1(1.0%)	0(0.0%)	1.00
配偶者間暴力	4(4.0%)	4(16.7%)	P<0.05
心理的虐待	20(20.0%)	8(33.3%)	0.18
身体的虐待	9(9.0%)	5(20.8%)	0.14
性的虐待	7(7.0%)	2(8.3%)	0.69
Fisherの直接法 df=1			

図 5 に一般群の成人期以前の困難な体験のカテゴリ別の累積なしと累積ありの割合を示した。同じく、図 6 に精神科入院群の結果を示した。「累積なし」はそのカテゴリのみを報告した割合、「累積あり」はそのカテゴリ以外も体験したと報告した割合を表した。一般群

では、家族の精神疾患・自殺企図のカテゴリを除いて、体験の累積がみられた割合が5割を超えている。また、精神科入院群については、どのカテゴリも、複数の体験が重なっている割合の方が高かった。



3. 成人期以前の困難な体験と精神科受診歴との関連

成人期以前の困難な体験と精神科受診歴に関連性があるのか、ロジスティック回帰分析を用いて検討した。その結果を表 33 に示した。単変量の解析によれば、成人期以前の困難な体験があると、精神科受診歴のオッズ比は 3.46(95%CI=1.8-3.5)と示された。また、中退歴(OR=2.80 95%CI=1.1-7.0)も関連因子であることが示された。

これらオッズ比は、多変量解析によって減少がみられた。しかし、成人期以前の困難な体験の精神科受診の関連性は、統計的に有意なまま保たれた。成人期以前の困難な体験があると、成人期以前の困難な体験のない人に比べて、精神科既往歴のオッズ比は 2.38(95%CI=1.1-5.0)という結果が示された。よって、成人期以前の困難な体験は精神科受診歴と強い関連性が示された。

表33 精神科受診歴と成人期以前の困難な体験の関連性

	単変量		多変量	
	オッズ比(95% CI)	P	オッズ比(95% CI)	P
成人期以前の困難な体験	3.46 (1.8-3.5)	0.00 **	2.38 (1.1-5.0)	0.02 *
調整因子				
性別	0.76 (0.4-1.5)	0.41	0.99 (0.5-2.1)	0.98
年齢	0.99 (0.9-1.0)	0.53	0.99 (0.9-1.0)	0.86
遺伝的影響	4.13 (2.0-8.5)	0.00 **	3.50 (1.6-7.6)	0.00 **
教育歴	0.90 (0.4-2.1)	0.80	1.49 (0.5-4.3)	0.46
中退歴	2.80 (1.1-7.0)	0.03 *	2.78 (0.9-8.3)	0.07

**p<0.01, *p<0.05

CI=信頼区間

4. 再調査について

再調査の結果を表 34 に示した。成人期以前の困難な体験の有無について、カッパ係数

0.60 と中程度の一致がみられた。身体的虐待を除くすべてのカテゴリで中程度以上の一致がみられ、特に親との離別($\kappa=0.84$)、家族の精神疾患($\kappa=0.75$)、家族の物質依存($\kappa=0.80$)についてはベースライン時と再調査時の回答に高い一致率を示した。また、ベースライン時に成人期以前の困難な体験の累積を報告した者は、再調査でも累積していると回答した($\kappa=0.78$)。成人期以前の困難な体験の数に関する再調査の信頼性は高いと言える。

表34 ベースラインと10-14週後の成人期以前の困難な体験の報告一致率

	n(%)		カッパ係数
	ベースライン n=107	10-14週後	
成人期以前の困難な体験あり	25(23.4%)	24(22.4%)	0.60
累積体験あり	12(11.2%)	13(12.1%)	0.78
下位項目別			
親の別居・離婚	11(10.3%)	10(9.3%)	0.84
家族の精神疾患	7(6.5%)	6(5.6%)	0.75
家族の物質依存	2(1.9%)	3(2.8%)	0.80
家族の服役	1(0.9%)	0(0.0%)	—
配偶者間暴力	3(2.8%)	4(3.7%)	0.56
心理的虐待	11(10.3%)	9(8.4%)	0.56
身体的虐待	4(3.7%)	6(5.6%)	0.16
性的虐待	5(4.7%)	4(3.7%)	0.65

第4節 考察

本調査では、現在精神科に入院していない成人を対象に、成人期以前の困難な体験の体験率を調査した。また、成人期以前の困難な体験と精神科受診歴との関連性について検討した。加えて、ベースラインと10-14週後に再実施した成人期以前の困難な体験の回答の一致率

について調査した。

一般群の約 30%に、成人期以前の困難な体験が 1 つ以上みられた。Felitti ら⁽¹²¹⁾の調査では、成人期以前の困難な体験が 1 つ以上あると報告した対象者は 54%であり、この報告よりは低い体験率と言える。また、ウェールズで実施された成人 2,028 名に対する調査では 47%が 1 つ以上、成人期以前の困難な体験があったと報告されており、こちらの結果と比較しても低い体験率であった⁽¹²⁰⁾。しかし、国内で実施された Fujiwara ら⁽²¹⁹⁾の成人期以前の困難な体験の体験率は 31.9%と報告されており、一般群はこの結果と同程度の体験率が示された。Kessler ら⁽¹²⁹⁾の調査でも、日本は西欧諸国と比較して、成人期以前の困難な体験の体験率は低い値が示されており、本調査でも同様の傾向が示されたと考えられる。

また、成人期以前の困難な体験が複数あったと報告した対象者は 30%だった。Ashton ら⁽¹²⁰⁾によれば体験の累積がみられた対象者は 29%、国内で実施された Fujiwara ら⁽²¹⁹⁾の調査では 32%と報告されている。単純な比較はできないが、本調査も同程度の体験の累積が示されたと言える。加えて、本調査では、女性の方が男性と比べて体験率のみならず、体験の累積の多さが明らかにされた。海外の先行研究では、女性の方が、男性と比べると、成人期以前の困難な体験を報告しやすい傾向が示されていた^(120, 121)。本調査の結果でも同様の傾向が示され、女性の方が成人期以前の困難な体験を経験している傾向にあることが示された。

本調査は同じ質問紙を用いて精神科入院群の体験率と一般群の体験率を比較することを主目的とした。先行研究では、一般成人よりも精神疾患患者の方が、成人期以前の困難な体験の体験率が高いことが示されていた。例えば、DeRosse ら⁽¹⁷⁹⁾の結果では、成人期以前の困難な体験は、一般群(37%)と比較して臨床群(51%)が高いことが報告されている。本調査の一般群の体験率は 30%であり、精神科入院群の体験率 59%と比較して一般群の方が、体験率が低いことが明らかにされた。検定の結果では、有意に精神科入院群の方が、一般群よりも成人期以前の困難な体験を経験していることが示されており、先行研究と一致した結

果が得られたと言える。

また、成人期以前の困難な体験が1つでもあったと報告した者のうち、2つ以上の体験を報告した対象者は、精神科入院群では半数以上の55%であったのに対して、一般群は40%であった。加えて、成人期以前の困難な体験があったと報告した対象者の平均累積数は、精神科入院群では2.1、一般群では1.6であった。本調査では、精神科入院群の方が一般群と比較して有意に体験が累積しやすいことが示された。これまでに成人期以前の困難な体験が累積するほど精神症状の重症化しやすいことが明らかにされており、本調査でも体験の累積が精神科病院への入院加療が必要という結果に関連がみられるという可能性が示された。

体験の累積については、例えば、性的虐待は、他の成人期以前の困難な体験との関連性が特に高いことが知られており、性的虐待を経験している場合、他の体験も経験するリスクは女性で2・3.4倍、男性で1.6・2.5倍と報告されている調査もある⁽²⁴⁹⁾。体験があると報告した対象者の人数が少ないという限界によって検定はできなかったものの、本調査でも、精神科入院群、一般群ともに、ほとんどのカテゴリで、そのカテゴリ以外の体験が併存している対象者が半数以上いたことが示された。成人期以前の困難な体験の併存性の高さは、これまでの研究でも繰り返し明らかにされているが、本調査でも同様の傾向が示されている可能性がある。

また、成人期以前の困難な体験と、精神科受診には有意な関連性がみられた。ただし、本調査での精神科受診歴については時期を尋ねていないため、これが成人期以前の困難な体験の長期的な影響を示すとは言えない。さらに、成人期以前の困難な体験が精神科受診の後に発生している可能性もあり、成人期以前の困難な体験が精神科受診を必要とするような状態に対するリスク因子であるかについては言及できない。しかし、成人期以前の困難な体験と精神科受診歴の関連性は、多変量のモデルにおいても有意であり、成人期以前の困難な体験を1つでも経験していることと、精神科を受診することに強い関連性が示された。第3

章で実施した精神科入院群の調査でも、成人期以前の困難な体験は発症年齢や初回入院年齢が若年化する傾向と関連性がみられた。先行研究でも成人期以前の困難な体験が精神疾患発症のリスク因子であること示されており、本調査の結果も精神健康に対するネガティブな影響との関連性という点で同様の傾向がみられたと考えられる。

後ろ向きの体験報告に関して信頼性を確かめるための再調査では、成人期以前の困難な体験の有無および累積に関して中程度以上の一致率がみられた。ACEs 報告の信頼性を検討した Dube らの報告によれば、ACEs 数に関して中程度の一致率が示されており ($\kappa=0.64$)、本調査でも成人期以前の困難な体験の後ろ向きの報告が一定程度の信頼性があることが明らかにされた。ただし、カテゴリに関しては、特に身体的虐待の一致率が低かった。本調査で使用した質問紙は、体験があったか・なかったかの二択になっており、加えて身体的虐待の項目は「しばしば」という文言が付け加えられている。このため、自分の体験が「殴られた」と言えるのか、あるいは「しばしば」に当てはまるものか判断する作業が、回答の揺れを生じさせ易かった可能性がある。

しかし、3-15 歳までに得られた前向き報告による成人期以前の困難な体験と、35 歳時点での後ろ向き報告による成人期以前の困難な体験の回答を分析した調査では、成人期以前の困難な体験は $\kappa=0.47$ という一致率が報告されている⁽²⁵⁰⁾。カテゴリ別にみると、例えば、身体的虐待は $\kappa=0.07$ 、心理的虐待は $\kappa=0.03$ 、性的虐待は $\kappa=0.1$ となっており、親との離別は $\kappa=0.83$ 、家族の精神疾患は $\kappa=0.16$ となっている。成人期以前の困難な体験には、親との離別や家族の精神疾患・自殺企図のように有無について判断しやすい項目と、児童虐待のように親から虐待を受けていたという対象者自身の認知が影響しやすい項目がある。このような点も回答の揺れに影響を及ぼした可能性がある。

加えて、Reuben ら⁽²⁵⁰⁾の調査では、前向き調査によって報告された成人期以前の困難な体験よりも多くの成人期以前の困難な体験を想起した対象者は、平均よりも神経症的な性質であることが示され、反対に、前向き調査で報告された成人期以前の困難な体験よりも少

なく想起した対象者は、より楽観的な性質がみられた。このようなパーソナリティの特徴も、回答の揺れに影響を与えている可能性が考えられる。一定程度の回答の揺れはみられるものの、Reuben ら⁽²⁵⁰⁾の調査では、前向き報告で得られた成人期以前の困難な体験も、後ろ向きで得られた成人期以前の困難な体験も、どちらも 35 歳時点でのネガティブな健康状態（主観的な健康度および血圧や肺機能、全身性炎症のようなバイオマーカー、ワーキングメモリーの機能、DSM に基づいた精神疾患、パートナーとの関係性）と有意な関連性が示された。

本調査の限界点を以下に述べる。一つ目に、本調査は参加者の一部は機縁法によって募集しているため、一集団からの抽出ではなく標本抽出のバイアスが生じている。そのため、今回得られた体験率や累積数をそのまま一般集団に適応することはできず、母集団推定も困難である。二つ目に、体験率の比較には国内で実施された Fujiwara ら⁽²¹⁹⁾の調査をあげていくことが多いが、本調査では尋ねていない成人期以前の困難な体験として、重篤な身体疾患と家庭の経済状態の困難を尋ねており、反対に、本調査では心理的虐待について尋ねているが、Fujiwara らの調査では尋ねていない。他の先行研究とも共通して言える点であるが、質問紙が異なっている点は結果の比較における限界点として挙げられる。また、受診歴については、精神科受診経験の有無のみを尋ねており、診断名や時期については尋ねていない。よって、結果の信頼性には限界がある。今後は、成人期以前の困難な体験の精神健康に対する影響を明らかにするためにも、診断名や時期などについて尋ねる必要がある。

三つ目に、成人期以前の困難な体験が 1 つ以上の体験率はおおよそ 3、割程度であり、体験カテゴリ別に検討するなどの統計的な検定は、サンプルサイズの問題によって実施できなかった。

四つ目に、第 3 章における限界点と重なるが、本調査で使用した成人期以前の困難な体験のチェックリストは、研究者らが先行研究を参考に作成したものである。よって、国内外の先行研究との厳密な比較には不十分なデータとなった。今後は国際的な比較も可能な幼

少期の体験に関する標準化された質問紙の使用が求められる。さらに、本調査のデザインは後ろ向きであり、想起バイアスが存在する。これら限界点を踏まえると、サンプルサイズが大きく、ランダム抽出による偏りの少ないサンプルによる前向きデザインの研究が適切であろう。最も適したデザインは、成人期以前の困難な体験がある群とない群を数年間追跡するようなコホート研究や、出生コホート調査のように、出生時から一定の年齢まで追跡する家庭で体験の有無を聴取し、その体験以降の長期的な心身の健康状態を調査するなどが考えられる。

以上のような限界点があるものの、本調査によって、精神科入院群との体験率の比較が日本で初めて実施された。精神科入院群の体験率が一般群と比較した場合に高い体験率が明らかにされ、成人期以前の困難な体験がネガティブな精神健康の状態と関連する可能性が考えられた。また、体験の併存性も示され、こうした結果は、海外の先行研究と一致する傾向である。

第 5 章 総合考察

本研究は虐待を含む成人期以前の困難な体験を多因子モデルで扱い、統合失調症を含む精神疾患患者における、その困難な体験の体験率を明らかにし、体験の有無が精神疾患の発症や症状の重症度に関連するかを検討することを試みた研究である。本研究では 2 つの目的を設定し、文献展望と実証研究を実施した。第一の目的は、成人期以前の困難な体験の影響を概観することであった。第二の目的は、日本における精神科病院入院患者と一般群の成人期以前の困難な体験の体験率を調査し、精神的な健康との関連性についての検討である。本章では、本研究で得られた知見を整理し、次に、本研究の意義と限界点について述べた。最後に、今後の展望について述べた。

第 1 節 本研究における知見

成人期以前の困難な体験が多因子モデルで扱われる研究は、すでに単因子モデルの研究で得られた知見が基盤となっている。第 1 章では、ACEs 研究で扱われている因子に沿って、単因子モデルの研究における知見をまとめるため文献展望を行った。具体的には、児童虐待、親との離別、DV 目撃、家族の精神疾患、家族の物質依存、家族の服役の 6 つの因子を成人期以前に体験することによって生じる影響について、人の心身の健康に関わる問題をアウトカムとしている研究の知見をまとめ、単独因子の影響について明確にした。

こうした研究を概観すると、古くから、その因子の持つ長期的な影響に対する専門家および研究者の懸念が存在していた。本研究で多因子モデルを構成する各因子は、それぞれの因子単独の影響についてはすでに繰り返し研究がおこなわれてきた因子である。このような因子は、身体疾病や物質依存や不適応な性的行動のような健康上にリスクのある行動の増加、抑うつや不安の高さのような精神的な健康状態との関連性が見出されていた。加えて、不登校や低い学業成績、ホームレスや乏しい経済状況、困難な体験の再被害に対する脆弱性など、非常に広範囲にわたって関連性が示されていた。その関連性は、因子に曝露した直後のみならず、成人期以降においても統計的に有意な関連性を保っていたことから、研究結果の多くが、これらの因子が人に対してネガティブな影響を長期的にもたらす可能性が高いことを一貫して指摘していた。

また、そうした困難な体験同士の併存性の高さも注目されてきた点である。それはつまり、各因子は独立して人の健康リスクおよび問題行動を引き起こしているというよりも、観察されているネガティブな心身の健康状態および問題行動は、他の因子との相互作用によって引き起こされているかもしれないという仮説が成り立つということである。第 1 章はその仮説に至るまでの先行研究の知見をまとめることを主眼にしている。

第 2 章は、成人期以前の困難な体験について多因子モデルによって検討している研究を

概観し、その知見をまとめた文献展望である。まず、多因子モデルで成人期以前の困難な体験を扱った大型研究である ACEs 研究、CA に関する研究、poly victimization の 3 つを取り上げ、その研究の成り立ちを整理し、多因子モデルによって成人期以前の困難な体験を扱う意義について再考した。

この 3 つは、背景とする学問、成人期以前の困難な体験を構成する因子、当初設定された対象者およびアウトカムに違いがあった。しかし、成人期以前の困難な体験に曝された後に、人に起きる中長期的かつ広範囲な健康に関わる問題を考えている点では共通する。この共通性が生み出された背景には、従来の単因子モデルで成人期以前の困難な体験を扱うという研究手法に対する方法論上の批判があった。つまり、単因子モデルでは、その因子の影響を過大評価する可能性がある。この批判は、成人期以前の困難な体験が併存しやすいという傾向が、単因子モデルによる研究が繰り返し行われていく中で明らかにされたことで生じたものである。成人期以前の困難な体験が併存しやすいのであれば、成人期以前の困難な体験の影響に言及する場合、それら体験を複合的に捉える必要がある。そのため、体験の累積という観点は、多因子モデルの研究において重要な視点であると言える。

例を挙げて考えてみるなら、例えば、虐待が起きている家庭には他の暴力が発生していることは容易に想像できる。それは、国内外に共通する知見である。虐待家庭に DV がよくみられることや、虐待する親に精神疾患や物質依存の問題を抱えていること場合が多いことは良く知られている^(92, 251)。

これら因子の併存性だけでなく、継時的なつながりについても考えることができる。例えば、片方の親に精神疾患がみられたとすると、それまでの機能が低下し、家事や育児に支障が生まれることもある。このような生活上の変化に対して配偶者が怒るなどして、配偶者の暴力につながるかもしれないし、子どもは配偶者の暴力を目撃するかもしれない。また、離婚につながれば、子どもが親との離別を体験することにもなるかもしれないし、精神状態の悪化に伴い入院となれば片親の負担が増えてネグレクトのような状態に陥るかもしれない。

家庭内の状況が不安定であれば子どもは情緒的にも行動的にも不適応を示す可能性が高いため、学校で友達とうまくいかずにいじめに発展することもあるかもしれない。

これは、親が精神疾患を発症したことが原因のようにも見えるが、成人期の精神疾患には、虐待、親の精神疾患、親の物質依存、DV、親の犯罪などがそれぞれ関連している。そうならば、精神疾患を発症した親にはそうした体験があったのかもしれない。また、これら因子に付随して起きる、あるいはすでに起きている経済状況の悪化も影響を与えるであろうし、その因子をどう評価するかという文化的な要因による社会の偏見も子どもに影響を与えるであろう。さらに、もともと治安の良くない地域に住んでいるなどの環境的な要因も影響を与えるであろう。藤岡⁽²⁵²⁾は虐待を取り巻く状況として、家族間の緊張・葛藤・離婚、家族成員の飲酒・ギャンブル等の問題行動、借金の取り立て、頻繁な転居や転校を挙げ、それらを「どうにもならない生活状況がびつたりと張り付いていることが多い」と表現している。つまり、これら因子は独立因子として人の健康および問題行動との関連性をみるよりも、他の因子を含めた見方、つまり多因子モデルで扱う方が、人に起きている事象をより現実にもった形で適切に捉えることが可能かもしれない。

振り返ってみると、臨床的な患者の理解は、直観的ではあるが、このような包括的な視点から多因子を考慮してなされている。例えば、本人の性別や年齢のみならず親の性別や年齢などの家族構成も、また家族を含めた対人関係も、本人の気質も知的水準も考慮されるであろうし、挙げればきりが無い。一方、疫学研究などの数量データによる実証では、調査する因子のみに関心が向かうために、体験の継続期間や、その衝撃の強さ、年齢などの臨床では当然考慮されるような因子のインパクトの強さといった部分を包括的に考慮して研究デザインを組み立てることが困難である。成人期以前の困難な経験を多因子で扱うとは、このような疫学的研究の恣意性をいくらかでも脱して、臨床的直観に近づける試みだということもできるかもしれない。

多因子モデルの研究で示された幅広い関連性は一般群を対象とした研究でも、精神疾患

患者を対象とした研究でも示された。単因子モデルの研究との大きな違いは、体験の累積によって、結果がどのように変化するのかについて言及されている点にある。そして、多くの研究が、体験の累積数と心身の健康状態は逆相関関係にあるという傾向を示していた。

特に、精神疾患患者を対象とした研究では、一般群と比べて成人期以前の困難な体験の体験率が高く、さらに体験の累積が多くみられると指摘されていた。また、成人期以前の困難な体験は、症状の重症化や発症年齢の若年化、精神病症状の関連因子であると示された。幻覚や妄想などの精神病症状を含めた精神症状との関連性については、脳の器質的な変化が関わっているという生物学的な仮説、成人期以前の困難な体験による認知の変容が関わっているという仮説などがあった。なぜ成人期以前の困難な体験が身体的疾病や健康にリスクある行動、精神疾患等と関連するのか、その病理形成のシステムについては、現在でも解明されていない。

日本においても同様に、一般群を対象とした研究において成人期以前の困難な体験が、その後の精神疾患発症や抑うつや不安、自尊心の低さと関連することが示されていた。しかし、多因子モデルによる成人期以前の困難な体験を扱った調査が実施されてはいるものの、研究は少ない。特に、精神疾患患者を対象とした調査に限ってみると、筆者が調べた限りでは、成人期以前の困難な体験の体験率が明らかにされたような研究は見当たらなかった。そうであるならば、まずは、日本でも精神疾患患者が成人期以前の困難な体験をどの程度体験しているか明らかにすることが必要である。さらに、海外で示されているような成人期以前の困難な体験と発症年齢や症状の重症度などの臨床的変数との関連がみられるのか検討することが重要である。

そのため、第3章では、精神科病院に入院中の精神疾患患者を対象に、成人期以前の困難な体験の体験率および発症年齢等の臨床的変数との関連性を検討した。対象者は約6割が統合失調症患者であった。結果として、対象者の約60%が1つ以上の成人期以前の困難な体験を報告し、約30%に体験の累積がみられた。さらに、成人期以前の困難な体験がある

と初診年齢および入院初回年齢が早くなる傾向が明らかとなった。サンプルサイズが小さいため一般化が困難であるという点、調整因子を含めた検討ができていない点、また、診断は担当医の主診断に基づいており、症状の重症度についても構造化されたツールを用いて査定していないという限界点はあるものの、精神科入院患者における成人期以前の困難な体験率を日本ではじめて明らかにした。

第 3 章で明らかになった体験率は、日本で実施された先行研究の一般住民に対する体験率よりも高い数値が示されていた。しかし、同じ質問紙を用いての調査ではないため、そういった点からも精神科入院群の体験率が、第 2 章で概観した先行研究で示されているように一般住民と比較して高いかどうかという点については明確ではなかった。そこで、第 3 章で得られた知見を補完するためにも、第 4 章で、現在、精神科に入院していない成人を対象に調査を実施した。第 3 章で用いた質問紙と同じ質問紙を用いて、成人期以前の困難な体験の体験率および精神的な健康との関連について検討した。第 4 章は、第 3 章の対照群として位置づけられる。

調査の結果から、対象者の約 30%に成人期以前の困難な体験が 1 つ以上みられた。これは、国内で実施された先行研究と同程度の体験率であり、また、第 3 章で得られた精神科入院群の体験率よりも低い。また、精神科受診歴との関連性も見られ、第 3 章の結果も含めて考えると、これらの結果は、第 2 章で得られた海外の先行研究における知見と一致した傾向が示されており、日本でも、成人期以前の困難な体験とネガティブな精神的健康とに関連がある可能性が高いことが明らかになった。

第 2 節 本研究の意義および限界と課題

多因子モデルによる成人期以前の困難な体験に関する研究は、海外では 1990 年代後半か

ら実施されていたものの、日本で実施された研究数は少ない。第 2 章で概観したように成人期以前の困難な体験は精神疾患の発症に対するリスク因子であることや、精神疾患患者の現在の症状に関連していることが示されていた。このように、成人期以前の困難な体験の精神健康に対する影響を検討した研究において、精神疾患患者を対象とした研究は重要な知見を提供しているが、日本においては、精神疾患患者を対象とした研究は、ほとんどみられない。第 3 章で実施した調査は、このような先行研究をモデルに、日本で初めて実施された調査である。特に、第 3 章と第 4 章の研究によって、精神科入院群は一般群よりも体験率が高いことが示され、入院が必要とされるような精神症状を有する人の方が、成人期以前の困難な体験の体験率が高いことが示された。これは、成人期以前の困難な体験が、精神的な症状の重症化に何らかの形で関連しているという可能性を示す 1 つの知見であるかもしれない。成人期以前の困難な体験を精神疾患患者に尋ねても、その後の有害事象が見られなかった点も含めて、日本でもこうした研究が実施可能であることを示した本研究の意義は大きい。

しかし、本研究には複数の限界点がある。まず、本研究では、第 1 章・第 2 章で、成人期以前の困難な体験に関する単因子モデルおよび多因子モデルの研究について文献展望を行った。近年の研究動向について疫学研究や事例研究、臨床観察に基づく研究など様々な視点からの考察を行ったが、システマティックレビューのような方法に基づく展望ではなかったため、網羅的であるとはいえない。

また、第 3 章・第 4 章の限界点として、まず対象サンプルが偏っている点とサンプルサイズの小ささが挙げられる。そのため本研究で示された結果をそのまま一般化することは困難である。また、成人期以前の困難な体験を体験別に検討するなどの詳細な検定の実施には至らなかったが、これもサンプルサイズが少ないことに起因する限界点である。また、本研究で使用した成人期以前の困難な体験のチェックリストは、研究者が先行研究を参考に作成したものであり、標準化するための手順を正しく踏んでいるわけではない。元来 ACEs

をはじめとする成人期以前の困難な体験で用いられるチェックリストは質問の特性上、標準化をしないことが必ずしも結果をゆがめることに直結するわけではないが、先行研究との比較および国際的な比較を行うためには同様の項目について尋ねることが必要であると考えられる。また、坪井⁽²⁴⁷⁾による成人期以前の困難な体験を尋ねる日本語の質問紙が開発されているが、本研究の研究実施時期との兼ね合いもあって、こうした質問紙の使用には至らなかった。成人期以前の困難な体験に関する研究では、体験を構成する因子や測定方法が研究によって異なるという点が、国内外の先行研究で共通の限界点として挙げられている。今後はこのような質問紙を用いて、成人期以前の困難な体験を明らかにすることによって、より信頼性の高い比較検討を行うことが可能と考えられる。

また、本研究のデザインは後ろ向きであり、先行研究でも指摘されている限界点であるが、想起バイアスが存在する点は、本研究でも同様に限界点となっている。こうした限界点を踏まえると、まずは研究ごとのサンプルサイズを増やすこと、複数施設で実施すること、さらには様々な年代や様々な集団に対して調査を実施することによって日本全体の体験率を明らかにしていく必要がある。また、想起バイアスという限界を補うためには、前向きデザインの研究を実施することも必要である。多因子モデルで成人期以前の困難な体験を扱う場合には、各因子が人に与えるインパクトは同列に扱われることが多い。つまり、性的虐待を経験した人も、離婚を経験した人も、多因子モデルの研究では、「成人期以前の困難な体験を1つ経験した人」として括られる。今後は、各因子のインパクトや体験時期、曝露した期間も考慮した研究デザインを用いることによって、さらに成人期以前の困難な体験の長期的な影響を明らかにすることが可能とも考えられる。そのような視点をもった研究デザインの研究を実施していくことで、たとえば臨床場面で観察される患者の成育環境という複数の要素が複合的に絡み合っている事象を実証的に解明していくことが可能かもしれない。

第3節 今後の展望

本研究によって、成人期以前の困難な体験が長期にわたって、心身の健康に関わる広範囲な問題と関連することが示された。成人期以前の困難な体験が稀なことではなく、併存性も高い。加えて、そうした体験が重なる程に、深刻な問題を抱えやすい。そうだとすれば、状態が深刻になる前に、ハイリスク者を早期発見し、予防することは、個人のみならず社会全体にとっても非常に重要である。

本研究で示される方向にさらに研究を重ねれば、成人期以前の困難な体験を尋ねることによって、ハイリスク者をスクリーニングすることができるのではないかと考えられる。また、成人期以前の困難な体験が、精神疾患患者の現在の症状とも関連していることが示されていることから、成人期以前の困難な体験に関する情報を含めたアセスメントや治療方針を立てることが重要であろう。成人期以前の困難な体験に関する研究で扱われる体験を構成する因子は、例えば、家族・親の精神疾患や物質依存のような体験も含まれており、いわゆるトラウマ体験よりも広いストレス体験が扱われている。よって、成人期以前の困難な体験がトラウマであるとは言い切れない。しかし、児童虐待のようなトラウマ体験も含んでいる。成人期以前の困難な体験の併存性の高さを考えると、必ずしもトラウマ体験が開示されなくとも、トラウマ体験が起きやすい環境にいると考えることができる。また、精神症状を有する人場合には、ストレスに対する脆弱性が高まっている可能性も否定しきれない。こうした背景と精神疾患患者の一般群と比較した場合の成人期以前の困難な体験の体験率の高さを考慮すれば、精神症状を有する人に対しても、トラウマ体験やストレスの影響を含めたアセスメントや治療方針を立てることが重要である。これを体現している実践方法の1つとして、地域で実施されるトラウマインフォームド・ケア(TIC)が挙げられる。本節では、今後の展望について述べる。

1. ハイリスク者の適切なスクリーニングに役立てることが可能である

多因子による検討の重要性は、複数の体験を扱った研究に共通する重要な知見の1つである困難な体験の併存率の高さにある。つまり、困難な体験が1つでもあれば、他の体験も起きうるハイリスクな環境であるとも捉えることができる。例えば、アルコール依存症の養育者がいる家庭では、両親の不仲やDV、または虐待という多くの出来事が同時に生じることとは想像に難くない。これは臨床的には、多くの専門家が経験することであるし、推測することであろう。経験が豊富で優れた技術を有する臨床家であれば、精神疾患患者のアセスメントを行う際に、過去の経験について尋ねたり、他に多数の体験をしていることを想定する、またはその後に効果的な介入を行ったり、適切な治療あるいは支援機関等に多面的な支援を得るということができるかもしれない。

しかし、経験豊富な専門家の数は十分ではない。また、家庭環境の中で困難な体験をしている未成年の子どもがいても、自らそれを理由にして専門家のもとを訪れるということは決して多くはないであろう。成人期以前の困難な体験がネガティブな健康状態に関連し、その関連性が長期的に保たれることが明らかにされていることから、成人期以前の困難な体験を尋ねることによって、ネガティブな健康状態になる可能性の高いハイリスクな人をスクリーニングする目的で用いることは有用と考えられる。

特に、小児科や産婦人科などの医療機関あるいは保健所の定期検診のような、子どもが小さいうちに親子で訪れることの多い現場は、成人期以前の困難な体験をもとに早いうちからハイリスク家庭を査定する点において優れている。プライマリケアの現場や、日本においてはまだ敷居の高い場所であるが精神科においても、ハイリスク群の査定という目的での成人期以前の困難な体験の評価は、治療や重症化の予防に役立つと考えられる。

2. 成人期以前の困難な体験を用いたスクリーニングと介入の実例

アメリカでは1990年代から **Healthy Steps(HS)**というプログラムが実施されている⁽²⁵³⁾。このプログラムは、もともとニューヨークにある **Commonwealth Fund**(ヘルスケア推進のため、調査あるいはヘルスケア実践と政策改善のため助成金を交付している団体)とボストン大学によって開発されたものであり、子どもに対する予防保健医療の質を高めることを目的とした国家的な取り組みである⁽²⁵⁴⁾。子どもの身体・精神・知的側面の発達のための介入プログラムである **HS** は、①一次予防アプローチの採用、②”two-generation”アプローチの重視(親の健康は子どもの健康に密接に関係している)、③子育て支援の重視、④専門家と親の良い関係の構築の4つを中核概念とする⁽²⁵⁵⁾。**HS** では、親に対して乳幼児の世話に関する教育を行ったり、育児に関する資料の提供や自宅訪問などが行われる。**HS** はマニュアル化されてはいないが多くの場所で実践されており、子どもへの適切な関わりが増えるなどの子育てスキルの向上や母親の抑うつ改善などの効果が報告されている⁽²⁵⁵⁻²⁵⁷⁾。

アメリカ小児科学会(**American Academy of Pediatrics : AAP**)は、強いストレスが子どもの生涯にわたる心身の健康に対してネガティブな影響が明らかにされていることから、プライマリケアの小児科現場において、子どもにとって有害なストレスに対処する必要があるという声明を出した⁽²⁵⁸⁾。**Murphy**⁽²⁵⁹⁾は、プライマリケアである小児科への受診は、強いストレス体験が生活にどのような影響を与えるのか、どのようにして後の人生におけるストレスの影響を予防あるいは緩和することができるかを、親に教える最適な機会であるとともに、小児科という臨床現場がハイリスクの子どもをスクリーニングする場としても最適であると述べている。

成人期以前の困難な体験は成人期における抑うつや自殺企図、薬物依存やアルコール依存、不適切な性的な行動と関連することが示されており、このような状態は、子どもの発達上に必要とされるケアを行う能力が損なわれる可能性が高い。ブラジルで実施された調査で

も、成人期以前の困難な体験の発生には、人種や家族の経済状況の悪さ、低年齢での出産や母親の喫煙や乏しい母性性などが関連していると言われていた⁽²²⁵⁾。また、アタッチメントの形成にもネガティブな影響があることも示されている⁽²⁶⁰⁾。

こうした知見を踏まえると、先に挙げた子ども自身の成人期以前の困難な体験の早期発見だけでなく、子どもの心身の健康状態が良好に保たれるような環境を整えるために、親側の成人期以前の困難な体験を評価することも重要であろう。実際に、成人期以前の困難な体験に関する研究の知見を HS に取り入れ、ハイリスク家庭のスクリーニングに ACEs Questionnaire を採用した介入が行われている^(261, 262)。Briggs らの調査では、成人期以前の困難な体験を体験している母親の子どもは、そうでない母親の子どもと比較して発達上の問題を抱えやすいことが示されており⁽²⁶¹⁾、成人期以前の困難な体験をハイリスク家庭の早期発見のためのスクリーニングに用いる有用性が明らかにされた。

3. ト라우マを尋ねることに対する専門家の懸念

しかし、これまでこのような研究あるいは介入がなされてこなかった、あるいは少数にとどまったことの一因としてトラウマ体験を訪ねることへの躊躇があるだろう。ここでは、「尋ねること」について検討しておきたい。

トラウマの治療に日常的に関わる専門家ではない場合、どのタイミングで尋ねれば良いのか、どのように尋ねるのか、トラウマ体験があると分かった場合にどう対応すればよいのかについて迷うこともあるかもしれない。また、精神科領域の専門職の場合、躊躇の背景には、患者が強いストレス体験に対して過度に意識することで、状態が悪くなるのではないかという懸念がある^(263, 264)。Read ら⁽²³⁶⁾は、トラウマ体験、特に児童虐待を患者に尋ねる際の専門職側の懸念を減らし、患者に対する負担を軽減するためにも、トレーニングが必要であると述べている。

このトレーニングには、8つの原則があり、例えば、全ての患者に尋ねること、具体的に尋ねること(例:「幼い頃に、大人に傷つけられたり、罰せられたりしたことはありましたか?」「誰かに性的なことをされて、不快だと感じましたか?」)などが挙げられている。加えて、トラウマに関わる知識の獲得を必須とし、患者の体験開示があった際には適切な機関へリファーすることや無理に自分だけで介入を行わないなどの対応、代理受傷の可能性について意識させることが原則に盛り込まれている。

いわゆる精神病を含む精神疾患患者のトラウマ体験率は高く、PTSDのようなトラウマに関わる精神疾患の診断を有する患者にだけトラウマ体験について尋ねることは不十分な対応である可能性が高い。Readら⁽²³⁶⁾は、先に挙げた専門家の躊躇に対して、いわゆる精神病患者の治療においては、強いストレス体験よりも優先されるべきニーズが存在することもあるし、尋ねることによって状態を悪化させるかもしれない懸念を持つことも当然であるが、こういったアプローチが適切かを判断する必要性という観点に立てば、尋ねなくても良い理由にはならないのだと述べている。精神疾患患者はトラウマ体験を積極的に開示する傾向が少ないため、専門職側から日常的にトラウマ体験をアセスメントするような働きかけが必要と言える。先に挙げたトレーニングは、精神科を訪れた患者を想定しているものだが、成人期以前の困難な体験をハイリスク者のスクリーニング目的で活用する場合に、他の領域で子どもに関わる専門家に対しても、こうしたトレーニングを実施することは有益と考えられる。

4. 精神病様症状を有する患者におけるトラウマインフォームド・ケア(TIC)

本研究で対象とした精神科病院に入院加療が必要である患者、特に精神病症状を有するような患者の場合、一般的に病態は重いと判断されることが多い。本研究の調査では、精神科入院群の方が、一般群と比較して成人期以前の困難な体験の体験率は高いことが示され

た。加えて、先行研究では、体験が重なるほど、精神疾患の症状が重症になりやすいということが示されており(第2章 第2節 第2項)、過去の体験は現在の症状の関連も指摘されている。精神病様症状を持つ精神疾患、とくに重度のうつ病や、双極性障害、統合失調症の治療をわが国で行う場合、第一選択としては薬物療法がおこなわれる。そして、幻覚、妄想などの精神病様症状を抑えるための治療が行われることがほとんどであろう。その場合、このような症状を呈している患者に対して過去の体験の影響を考慮して、まず、虐待のような成人期以前の困難な体験の有無自体のアセスメントし、さらにそのような体験の影響をも含めた治療方針が持たれることは少ない現状があると考えられる。

成人期以前の困難な体験がただちにトラウマ体験と言えないことについては、第5章の冒頭で述べた通りであるが、例えば統合失調症の陰性症状と PTSD の回避・麻痺症状、陽性症状と解離症状とトラウマ症状が重なることがあり、識別しにくいことも知られておられる^(117, 265)。また、精神病症状を呈している精神疾患患者のトラウマ症状の治療によって、トラウマ症状のみならず精神病症状が改善されたことも報告されている⁽¹⁹⁶⁾。

以上を踏まえると、過去の体験について情報収集をし、その情報を含めたアセスメントや治療を行うことも精神病症状を含めた精神症状軽減に役立つ可能性がある。成人期以前の困難な体験は長期的かつ広範囲にわたって心身の健康のネガティブな状態に関連するという確実な知見に基づくならば、公衆衛生的なモデルでは常に、このような体験の影響を考慮していく必要があるということになる。患者自身のみならず、支援にあたる専門家も含めた周囲が、トラウマをはじめとするストレス体験の影響を理解することや適切な対応を行っていく重要性は高い。例えば、こうした考えを基盤とした介入方法の1つとしてトラウマインフォームド・ケア(TIC)がある。

TIC は「トラウマを念頭に置いたケア」と訳され、当事者にかかわる支援者がトラウマを念頭においてかかわるケアのことである。トラウマの広範な影響を理解する(Realize)、トラウマの兆候に気づく(Recognize)、トラウマの知識を方針・手続き・実践に組み入れて対応

する(Respond)、再受傷を防止する(Resist re-traumatization)の 4 つの R'S を重視している⁽²⁶⁶⁾。つまり統合失調症のような精神障害においても、トラウマ体験やその影響を勘案することを忘れてはならないというのが TIC であり、発症についても、また精神科での治療に関してもトラウマへの考慮を必要とするのである。

例えば、オーストラリアの早期精神病に対する臨床ガイドラインでは、早期精神病治療における勧告に、患者の最近のトラウマおよび過去のトラウマを評価し、心理的介入のプランに組み込まれるべきだと明記している。加えて、トラウマに焦点を当てた心理的介入は、PTSD や精神病患者の精神症状の軽減に効果的な可能性があるとも記載されている。精神病の早期段階では、心理的な要因が発症、再発、回復を含めた過程に大きく影響する⁽²⁶⁷⁾。いわゆる精神病に発展するリスクが高い精神状態 (At-Risk Mental State : ARMS) は、精神病に移行する割合が半年後の 18%から、3年後には 36%に上昇するという報告があり⁽²⁶⁸⁾、早期介入の必要性が示されている。

TIC は、日本精神科救急学会が発行している 2015 年度版の精神科救急医療ガイドラインにも取り入れられている。第 3 章「興奮・攻撃性への対応」における「興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方」において、TIC が挙げられている。これは、拘束のような強制治療手段を用いることが多い現場において、治療自体がトラウマ／再トラウマになる危険性の高さを有していることから、TIC を取り入れることで患者と医療者の治療関係および予後の改善を目指す背景をもつ。ガイドラインには、TIC の実践する具体例として、支援者側がトラウマについての知識を正しくもち、できれば当事者全員にインテーク時にトラウマ歴と関連症状のアセスメントをし、それをもとに治療を組み立てることが明記されている。

どちらのガイドラインにも、TIC の概念に基づいて患者に関わる支援者や施設自体がトラウマを共通理解して治療に取り組むことを念頭に、支援者側にトレーニングの必要性や地域との連携も明示されている。日本では、他にも、児童養護施設における子どもの性問題

行動に対する予防・介入に TIC を取り入れる⁽²⁶⁹⁾などの動きが見られるようになったものの数は少ない。

多くの集団にとって、成人期以前の困難な体験がネガティブな精神的な健康状態の関連因子であるならば、その関連因子は早期に識別され、何らかの対策を講じられるべきものである。つまり、それは精神病症状を呈している精神疾患患者にとっても同じことが言える。成人期以前の困難な体験を尋ねることによって、ハイリスク群を識別するためには、早いうちに評価することが有用と思われる。

成人期以前の困難な体験を尋ねること自体が決して珍しいことではなく、こうした情報を考慮した介入が実践されるに至るには、まずは、医師や看護師、保健師、ソーシャルワーカー、心理士のような医療や福祉領域の専門職や教師のような教育に携わる専門職のみならず、子どもに関わりを持つ機会のある大人が、成人期以前の困難な体験の人の心身の健康に対する知識を共有することが重要と考えられる。さらには、安全に尋ねられるようなトレーニングが必要であり、開示された後にどう対処するかのような技術を獲得したり、議論し合ったりする場があると良いのだろうと思われる。加えて、例えば、トラウマに対して専門的な治療を実施している機関との連携を強化したり、機関側も情報発信に努めることが必要とされるであろう。また、そうした活動を円滑にするような政策や経済的援助の必要性も高いと考えられる。

謝辞

本研究を学位論文としてまとめるにあたり、丁寧なご指導を賜りました武蔵野大学大学院 小西聖子教授に心より感謝申し上げます。

第 3 章の調査実施にあたり、ご協力を頂きました初石病院院長 唐崎三千代先生をはじめ、職員の皆さまに深く御礼申し上げます。

研究実施および論文執筆にあたりご指導、ご助言を賜りました恩田第二病院 和田久美子先生、日本子ども家庭総合研究所 和田一郎先生、武蔵野大学通信教育部 野口普子先生に御礼申し上げます。

日ごろより本研究を進めるにあたり、武蔵野大学大学院のゼミ生、武蔵野大学心理臨床センターのスタッフの皆さまにご理解とご協力をいただきました。また、家族にも支えていただきました。心より感謝いたします。

最後に、第 3 章および第 4 章における調査実施にご協力を頂きました皆様に、厚く御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

引用文献一覧

1. クルト・シュナイダー 平, 他訳. 臨床精神病理学. 文光堂; 1957.
2. 岡野憲一郎. 新外傷性精神障害 ト라우マ理論を越えて: 岩崎学術出版社; 2009.
3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA : the journal of the American Medical Association. 1962;181:17-24.
4. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. The American journal of roentgenology and radium therapy. 1946;56(2):163-73.
5. Woolley PV, Jr., Evans WA, Jr. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. J Am Med Assoc. 1955;158(7):539-43.
6. Kempe CH. Paediatric implications of the battered baby syndrome. Arch Dis Child. 1971;46(245):28-37.
7. Fontana VJ. The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. Pediatrics. 1973;51:Suppl 4:780-2.
8. 池田由子. 被虐待児症候群. 教育と医学. 1985;33(9):76-83.
9. 橋本清. 虐待児症候群. 小児科. 1974;15(10):831-7.
10. 池田由子. 乳児院収容児の長期予後調査的研究-1-里子・養子になった子どもたちの予後について. 精神衛生研究. 1981;28:1-13.
11. 保坂亨. 日本の子ども虐待【第2版】 戦後日本の「子どもの危機的状況」に関する心理社会的分析: 福村出版; 2011.
12. Helfer RE, Pollock CB. The battered child syndrome. Adv Pediatr. 1968;15:9-27.
13. Steele BF. Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. Child Abuse Negl. 1986;10(3):283-91.
14. Gil DG. Physical abuse of children. Findings and implications of a nationwide survey. Pediatrics. 1969;44(5):Suppl:857-64.
15. Benedict MI, White RB, Wulff LM, Hall BJ. Reported maltreatment in children with multiple disabilities. Child Abuse Negl. 1990;14(2):207-17.
16. Gelles RJ. Violence in the family: A review of research in the seventies. Journal of Marriage and the Family. 1980:873-85.
17. Belsky J. Three theoretical models of child abuse: A critical review. Child Abuse & Neglect. 1978;2(1):37-49.
18. 杉山登志郎. 発達障害と子ども虐待. 静岡県母性衛生学会誌. 2013;3(1):3-9.
19. Friedrich WN, Einbender AJ, Luecke WJ. Cognitive and behavioral characteristics of physically abused children. J Consult Clin Psychol. 1983;51(2):313-4.
20. Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L. Diagnosed and self-reported childhood abuse in

- national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(1):58-66.
21. Sachs-Ericsson N, Kendall-Tackett K, Hernandez A. Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse Negl*. 2007;31(5):531-47.
 22. 池田由子. 児童虐待の病理と臨床: 金剛出版; 1979.
 23. Burch CA. Puppet play in a thirteen-year-old boy: Remembering, repeating, and working through. *Clinical Social Work Journal*. 1980;8(2):79-89.
 24. Hewitt SK. Preverbal sexual abuse: what two children report in later years. *Child Abuse Negl*. 1994;18(10):821-6.
 25. McCord J. A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 1983;7(3):265-70.
 26. Ernst C, Angst J, Foldenyi M. THE ZURICH STUDY. 17. SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD-FREQUENCY AND RELEVANCE FOR ADULT MORBIDITY DATA OF A LONGITUDINAL EPIDEMIOLOGIC-STUDY. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1993;242(5):293-300.
 27. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(10):1365-74.
 28. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry*. 2001;42(1):16-23.
 29. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl*. 1996;20(8):709-23.
 30. 奥山真紀子. アタッチメントとトラウマ. 庄司順一, 奥山真紀子, 久保田まり, editors: 明石書店; 2008. 143-76 p.
 31. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological medicine*. 2004;34(03):509-20.
 32. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry*. 2004;56(2):80-5.
 33. 友田明美. 脳科学から見た児童虐待 (特集 ト라우マと脳科学). *トラウマティック・ストレス: 日本トラウマティック・ストレス学会誌=Japanese journal of traumatic stress: official journal of the Japanese Society for Traumatic Stress Studies*. 2015;13(2):125-33.
 34. 田村立, 杉山登志郎. 虐待を受けた子どもの予後 (特集 どう関わるか--子ども虐待)--(虐待を受けた子どもへの対応と処遇). *小児科臨床*. 2007;60(4):751-9.
 35. Spinhoven P, Elzinga BM, Van Hemert AM, de Rooij M, Penninx BW. Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological

- distress: A six-year longitudinal study. *J Affect Disord.* 2016;191:100-8.
36. 石黒大義, 藤原喜悦. 溺愛・放任・専制. *児童心理.* 1954;8(3):226-35.
 37. Baldwin AL, Kalhorn J, Breese FH. Patterns of parent behavior. *Psychological Monographs.* 1945;58(3):i.
 38. 庄司順一. アタッチメント研究前史. 庄司順一, 奥山眞紀子, 久保田まり, editors: 明石書店; 2008. 11-41 p.
 39. Goldfarb W. The effects of early institutional care on adolescent personality. *The Journal of experimental education.* 1943;12(2):106-29.
 40. 守屋光雄. 保育心理学. 一 家庭保育 と集団保 育 1965 年, 誠信書房刊. 1965.
 41. Lowrey LG. Personality distortion and early institutional care. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1940;10(3):576.
 42. 池田由子. 乳児院収容児の精神医学的研究 第一報精神発達と身体発達 第二報社会性と言語 第三報初期反応と慢性反応. *精神衛生研究.* 1955;3:42-96.
 43. Rutter M. Maternal deprivation, 1972-1978: New findings, new concepts, new approaches. *Child development.* 1979:283-305.
 44. Rutter M. Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of child psychology and psychiatry.* 1995;36(4):549-71.
 45. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry.* 1977;130(5):421-31.
 46. David D, Giron A, Mellman TA. Panic-phobic patients and developmental trauma. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1995.
 47. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry.* 1982;52(4):664.
 48. Needle R, McCubbin H, Wilson M, Reineck R, Lazar A, Mederer H. Interpersonal influences in adolescent drug use—the role of older siblings, parents, and peers. *International Journal of the Addictions.* 1986;21(7):739-66.
 49. Doherty WJ, Needle RH. Psychological adjustment and substance use among adolescents before and after a parental divorce. *Child Dev.* 1991;62(2):328-37.
 50. Kirby JB. The influence of parental separation on smoking initiation in adolescents. *Journal of Health and Social Behavior.* 2002;43(1):56.
 51. Hope S, Power C, Rodgers B. The relationship between parental separation in childhood and problem drinking in adulthood. *Addiction.* 1998;93(4):505-14.
 52. 野口康彦. 親の離婚を経験した子どもの精神発達に関する研究-学生と成人を対象にして-. 風間書房; 2012.
 53. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and

- adult psychopathology in women: a twin study perspective. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49(2):109-16.
54. Maier EH, Lachman ME. Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development* 2000;24(2):183-9.
 55. Alciati A, Gesuele F, Casazza G, Foschi D. The relationship between childhood parental loss and metabolic syndrome in obese subjects. *Stress Health*. 2013;29(1):5-13.
 56. Amato PR, Keith B. Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1991;110(1):26-46.
 57. Amato PR, Booth A. Consequences of parental divorce and marital unhappiness for adult well-being. *Social Forces*. 1991:895-914.
 58. Cerniglia L, Cimino S, Ballarotto G, Monniello G. Parental Loss During Childhood and Outcomes on Adolescents' Psychological Profiles: A Longitudinal Study. *Current Psychology*. 2014;33(4):545-56.
 59. Otowa T, York TP, Gardner CO, Kendler KS, Hettema JM. The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):404-9.
 60. Straus MA. Stress and physical child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1980;4(2):75-88.
 61. Gayford JJ. Wife battering: a preliminary survey of 100 cases. *Br Med J*. 1975;1(5951):194-7.
 62. Goddard C, Hiller P. Child sexual abuse: assault in a violent context. *The Australian Journal of Social Issues*. 1993;28(1):20.
 63. 春原由紀. 子ども虐待としての DV: 母親と子どもへの心理臨床的援助のために: 星和書店; 2011.
 64. Diamond T, Muller RT. The Relationship Between Witnessing Parental Conflict During Childhood and Later Psychological Adjustment Among University Students: Disentangling Confounding Risk Factors. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2004;36(4):295-309.
 65. Rosenbaum A, O'Leary KD. Children: the unintended victims of marital violence. *Am J Orthopsychiatry*. 1981;51(4):692-9.
 66. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*. 2008;13(2):131-40.
 67. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*. 2003;25(1):38-44.
 68. Fergusson DM, Horwood LJ. Exposure to interparental violence in childhood and

- psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl.* 1998;22(5):339-57.
69. Temple JR, Shorey RC, Tortolero SR, Wolfe DA, Stuart GL. Importance of gender and attitudes about violence in the relationship between exposure to interparental violence and the perpetration of teen dating violence. *Child Abuse Negl.* 2013;37(5):343-52.
 70. Roustit C, Renahy E, Guernec G, Lesieur S, Parizot I, Chauvin P. Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(7):563-8.
 71. Reyes HL, Foshee VA, Fortson BL, Valle LA, Breiding MJ, Merrick MT. Longitudinal Mediators of Relations Between Family Violence and Adolescent Dating Aggression Perpetration. *J Marriage Fam.* 2015;77(7):1016-30.
 72. Goldstein MJ. The family and psychopathology. *Annu Rev Psychol.* 1988;39:283-99.
 73. Mattejat F, Remschmidt H. The children of mentally ill parents. *Dtsch Arztebl Int.* 2008;105(23):413-8.
 74. Bennett AC, Brewer KC, Rankin KM. The association of child mental health conditions and parent mental health status among U.S. Children, 2007. *Matern Child Health J.* 2012;16(6):1266-75.
 75. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry.* 2001;158(10):1568-78.
 76. Hosman CMH, van Doesum KTM, van Santvoort F. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advances in Mental Health.* 2009;8(3):250-63.
 77. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry.* 2006;163(6):1001-8.
 78. Lieb R, Isensee B, Höfler M, Pfister H, Wittchen H-U. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry.* 2002;59(4):365-74.
 79. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(11):1134-41.
 80. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology.* 1990;2(04):425-44.
 81. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men

- and women. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(9):929-37.
82. Kallmann FJ. The genetic theory of schizophrenia: An analysis of 691 schizophrenic twin index families. *American Journal of Psychiatry*. 1946;103(3):309-22.
 83. 池淵恵美. 統合失調症の人の恋愛・結婚・子育て--症例を通しての考察（「共に生きる」ための作業療法--恋愛・結婚・出産・育児・性の支援）--(共に生きるための支援). *作業療法ジャーナル*. 2010;44(7):572-8.
 84. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(12):1187-92.
 85. 安藤俊太郎. 第 1 部統合失調症の概念 第 8 章疫学. 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登, editors: 医学書院; 2013. 115-27 p.
 86. 松本英夫. 第 1 部統合失調症の概念 第 11 章統合失調症の関連病態 II 小児の統合失調症. 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登, editors: 医学書院; 2013. 155-60 p.
 87. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.
 88. Pulkkinen L, Pitkanen T. Continuities in aggressive behavior from childhood to adulthood. *Aggressive behavior*. 1993;19(4):249-63.
 89. Schuckit MA. Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(2):184-9.
 90. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1442-51.
 91. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(7):830-42.
 92. 松本俊彦. 薬物依存とアディクション精神医学: 金剛出版; 2012.
 93. Lewis AJ, Holmes N-M, Watkins B, Mathers D. Children impacted by parental substance abuse: An evaluation of the supporting kids and their environment program. *Journal of child and family studies*. 2015;24(8):2398-406.
 94. Prescott CA, Kendler KS. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry*. 1999;156(1):34-40.
 95. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, et al. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(11):973-9.
 96. Capone C, Wood MD. Density of familial alcoholism and its effects on alcohol use and

- problems in college students. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(8):1451-8.
97. Capone C, Wood MD. Density of familial alcoholism and its effects on alcohol use and problems in college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32(8):1451-8.
 98. DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(5):745-50.
 99. Brown SA. Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *Am J Psychiatry*. 1989;146(4):484-9.
 100. Moss HB, Vanyukov M, Majumder PP, Kirisci L, Tarter RE. Prepubertal sons of substance abusers: influences of parental and familial substance abuse on behavioral disposition, IQ, and school achievement. *Addict Behav*. 1995;20(3):345-58.
 101. Jaaskelainen M, Holmila M, Notkola IL, Raitasalo K. Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: A longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(6):728-40.
 102. Edwards C, Whitfield K, Sudhakar S, Pearce M, Byrd G, Wood M, et al. Parental substance abuse, reports of chronic pain and coping in adult patients with sickle cell disease. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(3):420.
 103. Parolin M, Simonelli A, Mapelli D, Sacco M, Cristofalo P. Parental Substance Abuse As an Early Traumatic Event. Preliminary Findings on Neuropsychological and Personality Functioning in Young Drug Addicts Exposed to Drugs Early. *Frontiers in Psychology*. 2016;7.
 104. Mumola CJ. Incarcerated Parents and Their Children. Bureau of Justice Statistics Special Report. 2000.
 105. Quilty S, Levy MH, Howard K, Barratt A, Butler T. Children of prisoners: a growing public health problem. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2004;28(4):339-43.
 106. Friedman S, Esselstyn TC. The adjustment of children of jail inmates. *Fed Probation*. 1965;29:55.
 107. Gabel S. Children of incarcerated and criminal parents: adjustment, behavior, and prognosis. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1992;20(1):33-45.
 108. Morris P. Prisoners and their families: London; 1965.
 109. Lewis DO, Balla D, Shanok S, Snell L. Delinquency, parental psychopathology, and parental criminality: Clinical and epidemiological findings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1976;15(4):665-78.
 110. Gabel S. Behavioral problems in sons of incarcerated or otherwise absent fathers: The

- issue of separation. *Family process*. 1992;31(3):303-14.
111. Miller KM. The Impact of Parental Incarceration on Children: An Emerging Need for Effective Interventions. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2006;23(4):472-86.
 112. Kampfner CJ. Post-traumatic stress reactions in children of imprisoned mothers. *Children of incarcerated parents*. 1995:89-100.
 113. Hanlon TE, Blatchley RJ, Bennett-Sears T, O'Grady KE, Rose M, Callaman JM. Vulnerability of children of incarcerated addict mothers: Implications for preventive intervention. *Children and Youth Services Review*. 2005;27(1):67-84.
 114. Dawson A, Jackson D, Nyamathi A. Children of incarcerated parents: Insights to addressing a growing public health concern in Australia. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(12):2433-41.
 115. Murray J, Farrington DP. Parental imprisonment: effects on boys' antisocial behaviour and delinquency through the life - course. *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 2005;46(12):1269-78.
 116. Huebner BM, Gustafson R. The effect of maternal incarceration on adult offspring involvement in the criminal justice system. *Journal of Criminal Justice*. 2007;35(3):283-96.
 117. Hayatbakhsh MR, Kinner SA, Jamrozik K, Najman JM, Mamun AA. Maternal partner criminality and cannabis use in young adulthood: prospective study. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2007;41(6):546-53.
 118. Phillips SD, Burns BJ, Wagner HR, Kramer TL, Robbins JM. Parental incarceration among adolescents receiving mental health services. *Journal of Child and Family Studies*. 2002;11(4):385-99.
 119. Arditti J. Families and incarceration: An ecological approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. 2005;86(2):251-60.
 120. Ashton K, Bellis M, Hughes K. Adverse childhood experiences and their association with health-harming behaviours and mental wellbeing in the Welsh adult population: a national cross-sectional survey. *The Lancet*. 2016;388:S21.
 121. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
 122. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern medical journal*. 1993;86(7):732-6.
 123. Wyatt GE. The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child Abuse Negl*. 1985;9(4):507-19.

124. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2004;28(7):771-84.
125. Kessler RC. A strategy for studying differential vulnerability to the psychological consequences of stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1979:100-8.
126. Kessler RC, Magee WJ. Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychological medicine.* 1993;23(03):679-90.
127. Kessler RC, Magee WJ. Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health and Social Behavior.* 1994:13-27.
128. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology.* 1997;73(5):1092.
129. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry.* 2010;197(5):378-85.
130. Finkelhor D. Developmental victimology. *Victims of crime.* 2007:9-34.
131. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, Turner H. The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl.* 2005;29(4):383-412.
132. Finkelhor D, Turner HA, Ormrod R, Hamby SL, Kracke K. Children's Exposure to Violence: A Comprehensive National Survey. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention 2009.
133. Higgins DJ, McCabe MP. Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review.* 2000;9(1):6-18.
134. Turner RJ, Lloyd DA. Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of health and social behavior.* 1995:360-76.
135. 日本疫学会. 初めて学ぶやさしい疫学—疫学への招待—改定第. 東京: 南山堂; 2010.
136. Prevention CfDCA, Permanente. K. The ACE Study Survey Data [Unpublished Data]. . Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2016.
137. Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2010;10:20.
138. Holman DM, Ports KA, Buchanan ND, Hawkins NA, Merrick MT, Metzler M, et al. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Risk of Cancer in Adulthood: A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics.* 2016;138(Supplement 1):S81-S91.

139. Golding JM. Sexual assault history and headache: five general population studies. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(10):624-9.
140. Walling MK, Reiter RC, O'hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics & Gynecology*. 1994;84(2):193-9.
141. Lee S, Tsang A, Von Korff M, de Graaf R, Benjet C, Haro JM, et al. Association of headache with childhood adversity and mental disorder: Cross-national study. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194(2):111-6.
142. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science (New York, NY)*. 2003;302(5643):290-2.
143. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, Thompson WW, Ford DC, Dhingra SS, et al. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *Am J Prev Med*. 2015;48(3):345-9.
144. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child abuse & neglect*. 2010;34(6):454-64.
145. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003;111(3):564-72.
146. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1999;282(17):1652-8.
147. Edwards VJ, Anda RF, Gu D, Dube SR, Felitti VJ. Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *Perm J*. 2007;11(2):5-13.
148. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behav*. 2002;27(5):713-25.
149. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC public health*. 2007;7(1):30.
150. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexual risk behaviors in women: a retrospective cohort study. *Family planning perspectives*. 2001;33(5):206-11.
151. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113(2):320-7.
152. Finkelhor D. The victimization of children: a developmental perspective. *American*

- journal of Orthopsychiatry. 1995;65(2):177.
153. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of health and social behavior.* 2001;184-201.
 154. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2003;71(4):692.
 155. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 2001;286(24):3089-96.
 156. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Williamson DF, Dube SR, Brown DW, et al. Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(12):1104-10.
 157. Weller EB. Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *Am J Psychiatry.* 1993;150(5):511.
 158. Singer MI, Anglin TM, Yu Song L, Lunghofer L. Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 1995;273(6):477-82.
 159. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry.* 1999;156(8):1223-9.
 160. Cuijpers P, Smit F, Unger F, Stikkelbroek Y, Ten Have M, de Graaf R. The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abuse Negl.* 2011;35(11):937-45.
 161. Ege MA, Messias E, Thapa PB, Krain LP. Adverse childhood experiences and geriatric depression: results from the 2010 BRFSS. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23(1):110-4.
 162. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(2):113-23.
 163. Perales J, Olaya B, Fernandez A, Alonso J, Vilagut G, Forero CG, et al. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Spain: results from the ESEMeD project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(3):371-84.
 164. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse

- childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004;82(2):217-25.
165. de Portugal E, Gonzalez N, del Amo V, Haro JM, Diaz-Caneja CM, Luna del Castillo Jde D, et al. Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. *Compr Psychiatry.* 2013;54(3):243-55.
 166. Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin.* 2008;34(1):193-9.
 167. Bentall RP, Wickham S, Shevlin M, Varese F. Do Specific Early-Life Adversities Lead to Specific Symptoms of Psychosis? A Study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin.* 2012;38(4):734-40.
 168. Shevlin M, Murphy J, Dorahy MJ, Adamson G. The distribution of positive psychosis-like symptoms in the population: A latent class analysis of the National Comorbidity Survey. *Schizophrenia Research.* 2007;89(1-3):101-9.
 169. Cristobal-Narvaez P, Sheinbaum T, Ballespi S, Mitjavila M, Myin-Germeys I, Kwapil TR, et al. Impact of Adverse Childhood Experiences on Psychotic-Like Symptoms and Stress Reactivity in Daily Life in Nonclinical Young Adults. *PLoS One.* 2016;11(4):e0153557.
 170. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *Am J Prev Med.* 2007;32(5):389-94.
 171. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry.* 2004;185:220-6.
 172. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf Rd, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004;109(1):38-45.
 173. McCabe KL, Maloney EA, Stain HJ, Loughland CM, Carr VJ. Relationship between childhood adversity and clinical and cognitive features in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research.* 2012;46(5):600-7.
 174. Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Rossberg JI, Mork E, Steen NE, et al. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2013;54(2):123-7.
 175. Wexler BE, Lyons L, Lyons H, Mazure CM. Physical and sexual abuse during childhood and development of psychiatric illnesses during adulthood. *The Journal of nervous and mental disease.* 1997;185(8):522-4.
 176. Darves-Bornoz J-M, Lemperiere T, Degiovanni A, Gaillard P. Sexual victimization in

- women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1995;30(2):78-84.
177. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(5):330-50.
 178. Bonoldi I, Simeone E, Rocchetti M, Codjoe L, Rossi G, Gambi F, et al. Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Res*. 2013;210(1):8-15.
 179. DeRosse P, Nitzburg GC, Kompancaril B, Malhotra AK. The relation between childhood maltreatment and psychosis in patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Schizophr Res*. 2014;155(1-3):66-71.
 180. Stumbo SP, Yarborough BJ, Paulson RI, Green CA. The impact of adverse child and adult experiences on recovery from serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38(4):320-7.
 181. Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(6):883-99.
 182. Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2007;58(2):245-53.
 183. Rossler W, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Haker H, Angst J. Impact of childhood adversity on the onset and course of subclinical psychosis symptoms--results from a 30-year prospective community study. *Schizophr Res*. 2014;153(1-3):189-95.
 184. Benarous X, Raffin M, Bodeau N, Dhossche D, Cohen D, Consoli A. Adverse Childhood Experiences Among Inpatient Youths with Severe and Early-Onset Psychiatric Disorders: Prevalence and Clinical Correlates. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016.
 185. Lysaker PH, Meyer PS, Evans JD, Clements CA, Marks KA. Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2001;52(11):1485-8.
 186. Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia research*. 2008;102(1):295-302.
 187. Larsson S, Aas M, Klungsoyr O, Agartz I, Mork E, Steen NE, et al. Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2013;13:97.
 188. Alvarez MJ, Roura P, Oses A, Foguet Q, Sola J, Arrufat FX. Prevalence and Clinical

- Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011;199(3):156-61.
- 189.Li X-B, Liu J-T, Zhu X-Z, Zhang L, Tang Y-L, Wang C-Y. Childhood trauma associates with clinical features of bipolar disorder in a sample of Chinese patients. *Journal of affective disorders*. 2014;168:58-63.
 - 190.Isohookana R, Riala K, Hakko H, Rasanen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European child & adolescent psychiatry*. 2013;22(1):13-22.
 - 191.Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Amminger GP, et al. Prediction of a single psychotic episode: A 7.5-year, prospective study in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2011 longitudinal;125(2-3):236-46.
 - 192.Rosenberg SD, Lu W, Mueser KT, Jankowski MK, Cournos F. Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2007;58(2):245-53.
 - 193.Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*. 2008;59(9):1018-26.
 - 194.Muenzenmaier KH, Seixas AA, Schneeberger AR, Castille DM, Battaglia J, Link BG. Cumulative Effects of Stressful Childhood Experiences on Delusions and Hallucinations. *J Trauma Dissociation*. 2015;16(4):442-62.
 - 195.Nikulina V, Widom CS, Czaja S. The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *Am J Community Psychol*. 2011;48(3-4):309-21.
 - 196.Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(1):246-51.
 - 197.Lommen MJJ, Restifo K. Trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Community mental health journal*. 2009;45(6):485-96.
 - 198.Spidel A, Lecomte T, Greaves C, Sahlstrom K, Yuille JC. Early psychosis and aggression: predictors and prevalence of violent behaviour amongst individuals with early onset psychosis. *International journal of law and psychiatry*. 2010;33(3):171-6.
 - 199.Ellason JW, Ross CA. Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*. 1997;80(2):447-50.
 - 200.Muenzenmaier K, Struening E, Ferber J, Meyer I. Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*. 1993;44(7):666-70.

201. Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*. 1994;45(5):489-91.
202. Read J, Argyle N. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*. 1999;50(11):1467-72.
203. Patton GC, Coffey C, Posterino M, Carlin JB, Bowes G. Life events and early onset depression: cause or consequence? *Psychol Med*. 2003;33(7):1203-10.
204. Şahin S, Yüksel Ç, Güler J, Karadayı G, Akturan E, Göde E, et al. The history of childhood trauma among individuals with ultra high risk for psychosis is as common as among patients with first - episode schizophrenia. *Early intervention in psychiatry*. 2013;7(4):414-20.
205. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(5):351-9.
206. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38(4):661-71.
207. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2013;43(2):225-38.
208. Longden E, Sampson M, Read J. Childhood adversity and psychosis: generalised or specific effects? *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2016;25(04):349-59.
209. Fisher HL, Craig TK, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Lappin J, et al. Reliability and Comparability of Psychosis Patients' Retrospective Reports of Childhood Abuse. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37(3):546-53.
210. Li X-B, Li Q-Y, Liu J-T, Zhang L, Tang Y-L, Wang C-Y. Childhood trauma associates with clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients. *Psychiatry research*. 2015;228(3):702-7.
211. Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic psychology*. 1987;4(1):1.
212. Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, et al. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of traumatic stress*. 1999;12(4):587-99.
213. Dill DL, Chu JA, Grob MC, Eisen SV. The reliability of abuse history reports: A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive psychiatry*. 1991;32(2):166-9.
214. Widom CS, Shepard RL. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part

1. Childhood physical abuse. *Psychological Assessment*. 1996;8(4):412-21.
215. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(2):260-73.
216. 松浦直己, 橋本俊顕. 発達特性と, 不適切養育の相互作用に関する検討: 女子少年院在院者と一般高校生との比較調査より. *鳴門教育大学情報教育ジャーナル*. 2007;4:29-40.
217. Matsuura N, Hashimoto T, Toichi M. Correlations among self - esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2009;63(4):478-85.
218. 松浦直己, 橋本俊顕, 十一元三. 非行と小児期逆境体験及び不適切養育との関連についての検討: 少年院における ACE 質問紙を使用した実証的調査. 2007.
219. Fujiwara T, Kawakami N, Group WMHJS. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002–2004. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(4):481-7.
220. Oshio T, Umeda M, Kawakami N. Childhood adversity and adulthood subjective well-being: evidence from Japan. *Journal of Happiness Studies*. 2013;14(3):843-60.
221. Nakai Y, Inoue T, Toda H, Toyomaki A, Nakato Y, Nakagawa S, et al. The influence of childhood abuse, adult stressful life events and temperaments on depressive symptoms in the nonclinical general adult population. *Journal of affective disorders*. 2014;158:101-7.
222. Suzuki H, Tomoda A. Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):8.
223. 判田正典, 貫名英之, 安藤勝己, 久保千春. 心療内科患者における不安とうつと被虐待歴の関連性について (不安とうつの心身医学). *心身医学*. 2004;44(5):355-9.
224. Campbell JA, Walker RJ, Egde LE. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *Am J Prev Med*. 2016;50(3):344-52.
225. Soares AL, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AM, Goncalves H. Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl*. 2016;51:21-30.
226. Almuneef M, Hollinshead D, Saleheen H, AlMadani S, Derkash B, AlBuhairan F, et al. Adverse childhood experiences and association with health, mental health, and risky behavior in the kingdom of Saudi Arabia. *Child Abuse Negl*. 2016;60:10-7.
227. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(9):721-34.

228. Herman DB, Susser ES, Struening EL, Link BL. Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *American journal of public health*. 1997;87(2):249-55.
229. Porche MV, Costello DM, Rosen-Reynoso M. Adverse Family Experiences, Child Mental Health, and Educational Outcomes for a National Sample of Students. *School Mental Health*. 2016;8(1):44-60.
230. Ports KA, Ford DC, Merrick MT. Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse Negl*. 2016;51:313-22.
231. Larson K, Halfon N. Parental divorce and adult longevity. *International journal of public health*. 2013;58(1):89-97.
232. Depue RA, Collins PF. Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*. 1999;22(03):491-517.
233. Walker EF, Diforio D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological review*. 1997;104(4):667.
234. Spitzer M. A neurocomputational approach to delusions. *Comprehensive psychiatry*. 1995;36(2):83-105.
235. De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, Kling MA, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1994;78(2):249-55.
236. Read J, Rudegeair T, Farrelly S. Relationship between child abuse and psychosis. *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. 2006.
237. van Dam DS, van der Ven E, Velthorst E, Selten J-P, Morgan C, de Haan L. Childhood bullying and the association with psychosis in non-clinical and clinical samples: a review and meta-analysis. *Psychological medicine*. 2012;42(12):2463-74.
238. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Valente E. Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of abnormal psychology*. 1995;104(4):632.
239. Eisenberg N, Fabes RA, Murphy B, Karbon M, Maszk P, Smith M, et al. The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of personality and social psychology*. 1994;66(4):776.
240. Sitko K, Bentall RP, Shevlin M, Sellwood W. Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry research*. 2014;217(3):202-9.
241. Stumbo SP, Yarborough BJH, Paulson RI, Green CA. The impact of adverse child and adult experiences on recovery from serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation*

- journal. 2015;38(4):320.
242. Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E. Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*. 1991;37(1):73-80.
 243. Read J. Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1997;28(5):448.
 244. Beck JC, Van der Kolk B. Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *The American journal of psychiatry*. 1987.
 245. Read J. Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(5):359-68.
 246. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(2):121-5.
 247. 坪井聡. 児童虐待の被害を測定する国際的調査票の日本語版の作成. 科学研究費助成事業 研究成果報告書. 2014:<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-24790625/seika.pdf>.
 248. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*. 2012;38(4):661-71.
 249. Dong M, Anda RF, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(6):625-39.
 250. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Schroeder F, et al. Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(10):1103-12.
 251. 小西聖子. ドメスティック・バイオレンス: 白水社; 2001.
 252. 藤岡淳子. 非行少年の加害と被害: 非行心理臨床の現場から: 誠信書房; 2001.
 253. Minkovitz C, Strobino D, Hughart N. Early Effects of the Healthy Steps for Young Children Program. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:470-9.
 254. Commonwealth Fund NY. Health Steps <http://www.commonwealthfund.org/us/doc/site/healthysteps/healthysteps.html>.
 255. Piotrowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2009;30(1):91-103.
 256. Zuckerman B, Parker S, Kaplan-Sanoff M, Augustyn M, Barth MC. Healthy Steps: a case study of innovation in pediatric practice. *Pediatrics*. 2004;114(3):820-6.
 257. Johnston BD, Huebner CE, Anderson ML, Tyll LT, Thompson RS. Healthy steps in an

- integrated delivery system: child and parent outcomes at 30 months. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(8):793-800.
258. Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, et al. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*. 2012;129(1):e224-e31.
259. Murphy A, Steele H, Steele M, Allman B, Kastner T, Dube SR. The Clinical Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire: Implications for Trauma-Informed Behavioral Healthcare. *Integrated Early Childhood Behavioral Health in Primary Care*: Springer; 2016. p. 7-16.
260. Murphy TP, Laible DJ. The influence of attachment security on preschool children's empathic concern. *International Journal of Behavioral Development*. 2013;0165025413487502.
261. Briggs RD, Silver EJ, Krug LM, Mason ZS, Schrag RD, Chinitz S, et al. Healthy Steps as a moderator: The impact of maternal trauma on child social-emotional development. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 2014;2(2):166.
262. Briggs RD. *Integrated Early Childhood Behavioral Health in Primary Care: A Guide to Implementation and Evaluation*: Springer International Publishing; 2016.
263. Acierno R, Resnick HS, Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal violence 1: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine*. 1997;23(2):53-64.
264. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1992;267(23):3157-60.
265. 宋建華, 福島春子, 胡桃澤伸, 田中究. 心的外傷との関連からみた精神分裂病患者の解離症状. *神戸大学医学部紀要*. 2001;61(4):145-77.
266. Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal*. 2009;2:131-51.
267. 松本和紀, 濱家由美子, 光永憲香, 内田知宏, 砂川恵美, 大室則幸, et al. サイコーシス早期段階における CBT の活用. *精神経誌*. 2013;115:390-8.
268. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(3):220-9.
269. 野坂祐子, 浅野恭子. 児童養護施設におけるトラウマインフォームド・システムの構築—子ども間の性問題行動への再発防止に向けた取り組み. 2016.

番号： _____

18歳以前に、下記のような体験がありましたか？

はてはまる項目の□にチェック✓をいれてください。

- ☐1. 親が別居あるいは離婚した
- ☐2. 家族あるいは一緒に暮らしていた人に、精神疾患（たとえば、うつ病など）をわずらっていた人、自殺あるいは自殺未遂をした人がいた
- ☐3. 家族あるいは一緒に暮らしていた人に、アルコールの問題を抱えていた人、違法薬物を使用していた人がいた
- ☐4. 家族に刑務所に入った人がいた
- ☐5. 母親が父親あるいは義理の父親から暴力を受けていた
- 6. 家庭で親あるいは別の大人から、
 - ☐ (a) くり返し怒鳴られたり、傷つくようなことを言われたりした
 - ☐ (b) ときどき、けられたり、殴られたりした
 - ☐ (c) 性的な行為をされた